

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
**в сфере обязательного медицинского страхования**  
**на территории Краснодарского края**

13 декабря 2017 года

г. Краснодар

**1. Общие положения**

Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Краснодарского края (далее - Тарифное соглашение) заключено в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Закон № 326-ФЗ), постановлением Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2017 года № 1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» (далее - Программа), Законом Краснодарского края «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Краснодарском крае на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» в целях реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Территориальная программа ОМС), предоставления за счет средств обязательного медицинского страхования застрахованным лицам равных условий бесплатного оказания медицинской помощи при наступлении страхового случая.

Предметом настоящего Тарифного соглашения являются согласование сторонами размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи, действующих в сфере обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) Краснодарского края, способов оплаты медицинской помощи, размера неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты штрафов за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Тарифное регулирование оплаты медицинской помощи в сфере ОМС Краснодарского края осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации, нормативными документами Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - ФФОМС), настоящим

Тарифным соглашением, нормативными правовыми актами Краснодарского края и решениями комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия).

Представители сторон, уполномоченные постановлением главы администрации (губернатора) Краснодарского края от 28 декабря 2011 года № 1609 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования» (в редакции от 5 июля 2016 года № 479): министр здравоохранения Краснодарского края, председатель комиссии Е.Ф. Филиппов, директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края, заместитель председателя комиссии Н.А. Губриева, начальник отдела ценообразования и экономического анализа Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края Т.А. Пименова, директор филиала общества с ограниченной ответственностью «РГС-Медицина» – «Росгосстрах-Краснодар-Медицина» О.Д. Головенко, заведующая отделом экономической работы и заработной платы Краснодарской краевой организации профсоюза работников здравоохранения Л.Л. Дьяченко, член Краснодарской краевой общественной организации медицинских работников, главный врач муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Городская поликлиника №3» г. Краснодар В.В. Коларж, член Краснодарской краевой общественной организации медицинских работников, главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая стоматологическая поликлиника» министерства здравоохранения Краснодарского края С.А. Коровашкин, начальник финансово-экономического управления министерства здравоохранения Краснодарского края Л.Б. Морозова, директор Краснодарского филиала общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС» Н.В. Полушкина, председатель Краснодарской краевой организации профессионального союза работников здравоохранения Т.А. Петренко, ведущий специалист отдела по вопросам социально-экономических интересов трудящихся Краснодарского краевого объединения организации профсоюзов Е.А. Степанова, член Краснодарской краевой общественной организации медицинских работников, главный врач муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Детская городская клиническая больница № 1» г. Краснодар А.А. Тетенкова достигли соглашения в следующем.

## 2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Краснодарского края

Территориальной программой ОМС на территории Краснодарского края применяются способы оплаты медицинской помощи по условиям оказания медицинской помощи застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию:

вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

экстренная — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

неотложная — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента;

плановая — медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной **в амбулаторных условиях**, установлены следующие способы оплаты:

в медицинских организациях, имеющих прикрепленное население и оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях лицам, зарегистрированным по обязательному медицинскому страхованию в страховых

медицинских организациях на территории Краснодарского края (далее - застрахованные лица Краснодарского края), осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

Оплата за оказанную медицинскую помощь инокраевым застрахованным лицам производится за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

По страховым случаям, видам и условиям оказания медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи производится за:

2.1.1. Обращение по поводу заболевания (законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания).

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).

2.1.2. Посещения с профилактическими и иными целями, в том числе застрахованных лиц, зарегистрированных в сфере обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями на территории иных субъектов Российской Федерации (далее - инокраевые), осуществивших выбор амбулаторно-поликлинического учреждения на территории Краснодарского края, включает:

2.1.2.1. Посещения с профилактической целью:

центров здоровья: впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования и обратившихся граждан для динамического наблюдения по рекомендациям врача Центра здоровья;

в связи с диспансеризацией определенных групп населения;

в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;

осмотр перед проведением профилактических прививок;

осмотр контактных лиц инфекционистом;

в связи с патронажем (в том числе здоровых детей первого года жизни);

посещения беременных при нормальной беременности и посещения беременных с профилактической целью иных специалистов; посещения женщин, обратившихся за направлением на медицинский аборт, обращение по поводу применения противозачаточных средств, профилактические посещения на дому.

#### 2.1.2.2. Посещения с иными целями:

направление на консультацию, госпитализацию, в дневной стационар, получением справки, санаторно-курортной карты и других медицинских документов;

посещения больных в связи с оформлением документов на медико-социальную экспертизу;

посещение медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование. Первичная медико-санитарная помощь, оказанная средним медицинским персоналом, в том числе в школьно-дошкольных образовательных учреждениях, подлежит учету в случае ведения самостоятельного приема;

консультации врача специалиста с использованием Телемедицинской технологий.

#### 2.1.3. Разовые посещения в связи с заболеванием:

разовые посещения в связи с заболеванием, в том числе связанные с диагностическим обследованием;

посещения диспансерным контингентом в период ремиссии;

2.1.3.1. В случаях оказания неотложной медицинской помощи в приемном отделении, не требующих госпитализации, в диагностических и лечебных отделениях стационара больницы, при условии наблюдения за состоянием здоровья пациентов после проведенных лечебно-диагностических мероприятий, единицей объема является посещение.

Факт обращения пациента за врачебной помощью должен быть зафиксирован в Журнале регистрации амбулаторных больных, в медицинской карте амбулаторного больного (ф. № 025/у), оформленной в приемном отделении. Минимальным объемом медицинских услуг, обосновывающим

выставление счета на оплату, является осмотр дежурного врача стационара и выполнение не менее одного лабораторно-диагностического исследования.

2.1.4. Посещения по неотложной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью (посещение центра здоровья; в связи с диспансеризацией определенных групп населения; диспансерным наблюдением; профилактическим осмотром; патронажем), посещений с иными целями, посещений в связи с заболеваниями, посещений в неотложной форме и обращений в связи с заболеваниями.

Если врач при проведении профилактического осмотра только заподозрил заболевание, но диагноза не поставил и направил пациента к соответствующему специалисту для установки диагноза, посещение у врача, проводившего осмотр, должно быть учтено как посещение с профилактической целью. Посещение у консультирующего специалиста в случае установления диагноза должно быть учтено, как посещение по поводу заболевания.

Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утверждаемой Минздравом России.

2.1.5. Стоматологическая помощь в амбулаторных условиях оплачивается по тарифам с учетом фактически выполненных количеств условных единиц трудоемкости (УЕТ).

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях по тарифам с учетом УЕТ должна быть основана на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение, что является наиболее эффективным, так как сокращается время на вызов пациента, подготовку рабочего места, операционного поля, работу с документами и т.д.

При планировании и учете объемов гарантируемой стоматологической помощи населению по Территориальной программе государственных гарантий учитываются как посещения с профилактическими и иными целями, так и обращения по поводу заболевания, для планирования объема финансовых средств на оплату стоматологической помощи в амбулаторных условиях учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении (1 посещение = 3,9 УЕТ).

2.1.7. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) имеющих прикрепленное население и оказывающих

медицинскую помощь в амбулаторных условиях застрахованным лицам Краснодарского края по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) приведен в приложении №1.

2.1.8. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) приведен в приложении № 2.

2.2. По страховым случаям, видам и условиям оказания медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях), оплата медицинской помощи, оказанной **в стационарных условиях**, осуществляется:

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

за заболевания, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

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.

2.3. По страховым случаям, видам и условиям оказания медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях), оплата медицинской помощи, оказанной **в условиях дневного стационара** (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях) осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболевания (КСГ).

2.12. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях с распределением по уровням оказания медицинской помощи приведен в приложении №3.

2.13. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара приведен в приложении №4.

## 2.4. Основные подходы к оплате медицинской помощи по клинико-статистическим группам заболеваний (КСГ).

2.4.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях)) и в условиях дневного стационара клинико-статистические группы подразделяются на два раздела: хирургические клинико-статистические группы и терапевтические клинико-статистические группы. В качестве основных критериев группировки используются код диагноза в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (далее – МКБ 10) и код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (далее также – услуги) в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг (далее – Номенклатура), утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н.

В качестве дополнительных критериев при формировании КСГ используются следующие признаки:

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

код вторичного диагноза

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

пол;

возраст;

длительность пребывания в стационаре;

оценка состояния пациента по шкалам: Шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), Шкала Реабилитационной Маршрутизации;

схема лечения;

длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких.

С учетом правил кодирования возможна ситуация, когда поводом для госпитализации служит не основной диагноз пациента. В таком случае для отнесения случая лечения к КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации. При этом в



статистических документах в целях предоставления корректных данных о вкладе заболевания в структуру заболеваемости и смертности основной диагноз пациента отражается в соответствии с правилами статистического учета.

2.4.2. Если пациенту оказывалось оперативное лечение, но затратно группа, к которой данный случай был отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, меньше затратно терапевтической группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10, оплата может осуществляться по терапевтической группе.

Данный подход не применяется для приведенных ниже комбинаций КСГ, при наличии операции, соответствующей приведенным ниже КСГ, отнесение случая должно осуществляться только на основании кода услуги Номенклатуры. Отнесение данного случая на основании кода диагноза МКБ 10 к терапевтической группе исключается.

**Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги**

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
11	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	9	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
12	Операции на женских половых органах (уровень 2)	0,58	9	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
11	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	10	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	0,46
76	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	0,84	18	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
77	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	1,74	18	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
173	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,49	179	Болезни глаза	0,51
301	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	300	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица	0,89

				и шеи, взрослые	
301	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	207	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,79
245	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	1,2	242	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов	0,64
35	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)	0,97	244	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	0,67
256	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,55	271	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи	0,5

**Перечень КСГ в дневных стационарах, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги**

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
6	Искусственное прерывание беременности (аборт)	0,33	1	Осложнения беременности, родов, послеродового периода	0,83

2.4.3. Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи. При этом часть диагнозов, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение КСГ к конкретному профилю не учитывается.

Исключением являются КСГ, включенные в профили «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия», лечение в рамках которых может осуществляться только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия» соответственно.

2.4.4. Перечни КСГ (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара) включают в том числе КСГ с одинаковым наименованием, содержащим уточнение уровня. В таких случаях уровень означает уровень затратоемкости группы заболеваний (чем выше уровень, тем выше значение коэффициента относительной затратоемкости), а не уровень оказания медицинской помощи, установленный для медицинской организации.

#### **2.4.5. Правила применения поправочных коэффициентов**

**2.4.5.1. КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня стационара (КУС)** - это КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи;

**2.4.5.2. КСГ, к которым не применяются понижающий управленческий коэффициент (УК)** - это группы, с применением сложных медицинских технологий, в том числе в значительной степени влияющие на снижение смертности, а также группы с высокой долей расходов на медикаменты и расходные материалы, в том числе связанные с применением лекарственной терапии онкологическим больным в условиях круглосуточного и дневного стационаров;

**2.4.5.3. КСГ, к которым не применяются повышающий управленческий коэффициент (УК)** - это группы, лечение по которым может быть в подавляющем случае выполнено с применением стационарозамещающих технологий либо амбулаторно.

Перечень КСГ, к которым применены вышеописанные правила приведен в приложении № 5.

#### **2.4.6. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи**

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации, при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе. К прерванным случаям также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Оплата прерванных случаев лечения, при длительности госпитализации более 3-х дней, производится в размере 50% от стоимости данной КСГ, при длительности

госпитализации менее 3 дней включительно, производится в размере 20%, от стоимости данной КСГ.

В случае длительности госпитализации при прерванном случае лечения (менее трех, трех и более трех дней) пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80 % от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 50 % и 20% соответственно от стоимости, определенной Тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

Перечень случаев сверхкороткого пребывания, оплачиваемых в 100% от стоимости КСГ при наличии медицинских показаний в условиях круглосуточного стационара представлен в приложении № 6, в условиях дневного стационара в приложении № 7.

#### **2.4.7. Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая**

Оплата пациентов, переведенных в пределах стационара из одного отделения в другое, оплачивается как один случай по КСГ, имеющий максимальный коэффициент затратоемкости, за исключением случаев перевода пациента из отделения в отделение медицинской организации, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ. При этом 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.

При переводе пациента из отделения круглосуточного стационара в дневной и наоборот по поводу одного и того же заболевания по МКБ-Х, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты с учетом общего срока госпитализации в стационарных условиях и в условиях дневного стационара. Дата выписки пациента из круглосуточного стационара должна предшествовать дате поступления в дневной стационар и наоборот.

Для продолжения лечения по поводу одного и того же диагноза в дневном стационаре из круглосуточного, и наоборот, не должно быть разрыва в днях (праздничные, выходные дни), так как случай госпитализации не считается законченным.

Оплата по двум КСГ осуществляется также в ситуациях, когда пациенту по завершении лечения оказывается медицинская реабилитация в той же медицинской организации (при наличии отделения медицинской реабилитации) по диагнозу, по которому осуществлялось лечение.

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

В указанных ситуациях случаи лечения подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

#### **2.4.8. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту**

При направлении в медицинскую организацию с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, 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.

Медицинская помощь, в том числе в неотложной форме, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, по соответствующей КСГ.

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 КСГ, формируемой по коду МКБ 10.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень). Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой.

В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, 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. При этом размер тарифа на оплату медицинской помощи, рассчитанный по КСГ с учетом применения поправочных коэффициентов (за исключением коэффициента сложности лечения пациента), не должен превышать норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему методу.

#### **2.4.9. Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология»**

В стационарных условиях в стоимость КСГ по профилю «Акушерство и 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 на оплату по КСГ по профилю «Неонатология».

Отнесение к КСГ 4 «Родоразрешение» при любом основном диагнозе класса XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99), включенном в данную КСГ, производится при комбинации с любой из трех услуг:

V01.001.006	Ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом
V01.001.009	Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом
V02.001.002	Ведение физиологических родов акушеркой

Если при наличии диагноза класса XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99) нет закодированных услуг, соответствующих

родоразрешению, случай относится к КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью».

Акушерские манипуляции, операции, не используемые в группировке как **основной** критерий отнесения к конкретной КСГ:

Код услуги	Наименование услуги
A16.20.005.001	Расширение шейчного канала
A16.20.070	Наложение акушерских щипцов
A16.20.071	Вакуум-экстракция плода
A16.20.071.001	Экстракция плода за тазовый конец
A16.20.073	Ручное пособие при тазовом предлежании плода (по Цовьянову)
A16.20.073.001	Поворот плода за ножку
A16.20.073.002	Классическое ручное пособие при тазовом предлежании плода
A16.20.076	Наложение гемостатических компрессионных швов (B-lunch)
A16.20.076.001	Наложение клемм по Бакшееву
A16.20.076.002	Наложение клемм по Генкелю-Тиканадзе
A16.20.077	Установка внутриматочного баллона
A16.20.073.003	Ручное отделение плаценты и выделение последа

Проведение данных манипуляций, операций учтены при расчете коэффициента относительной затратно-емкости случаев в соответствующей КСГ.

При выполнении операции кесарева сечения (A16.20.005 Кесарево сечение) случай относится к КСГ 5 вне зависимости от диагноза.

В группировке предусмотрено однозначное отнесение к КСГ4 «Родоразрешение» комбинаций диагнозов, входящих в КСГ 4, и следующих услуг:

- A16.20.007 «Пластика шейки матки»;
- A16.20.015 «Восстановление тазового дна»;
- A16.20.023 «Восстановление влагалищной стенки»;
- A16.20.024 «Реконструкция влагалища»;
- A16.20.030 «Восстановление вульвы и промежности»;

Если в ходе оказания медицинской помощи роженице выполнялась операция, входящая в КСГ 13 или КСГ 14 (операции на женских половых органах уровней 3 и 4), например, субтотальная или тотальная гистерэктомия, отнесение случая производится к КСГ по коду операции.

#### **2.4.10. Оплата случаев лечения по профилю «Патология беременных»**

При дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением оплата по двум КСГ (№2

«Осложнения, связанные с беременностью» и №4 «Родоразрешение» или «2 «Осложнения, связанные с беременностью» и №5 «Кесарево сечение») возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более.

При этом оплата по двум КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим кодам 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.

КСГ 1 «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.

## **2.5. Оплата случаев лечения в отделении скорой медицинской помощи**

В соответствии с приказом Минздрава России от 20 июня 2013 года № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» на базе ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» министерства здравоохранения Краснодарского края и ГБУЗ «Научно-исследовательский институт - Краевая клиническая больница №1 им. проф. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края развернуты стационарные отделения скорой медицинской помощи суточного пребывания для пациентов, требующих динамического наблюдения с целью уточнения диагноза, проведения диагностики и проведения лечебно-диагностических мероприятий с длительностью нахождения на койке от 6 часов до суток и более.

При нахождении на койке отделения скорой медицинской помощи до суток оплата производится по тарифу приемного отделения за посещение.

При нахождении на койке более суток, оплата производится по клинико-статистической группе 317 «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» в размере 20% от стоимости по данной КСГ.



При переводе пациента из отделения скорой медицинской помощи в специализированное отделение данной медицинской организации оплата по отделению скорой медицинской помощи не производится.

#### **2.6. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи.**

Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи.

Оплата специализированной высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется за законченный случай лечения заболевания по утвержденным тарифам на медицинскую помощь по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащему, в том числе, методы лечения.

Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в сфере ОМС на территории Краснодарского края, приведен в приложении № 8.

2.7. Перевод в условиях дневного стационара производится в рамках одной медицинской организации.

#### **2.8. Оплата 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. Инсеминация ооцитов и культивирование эмбрионов;
4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

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

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, установлены поправочные коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) к случаям проведения экстракорпорального оплодотворения.

В случае проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также

проведения первых трех этапов экстракорпорального оплодотворения и криоконсервации эмбрионов без последующего переноса эмбрионов (4-го этапа), оплата случая осуществляется по КСГ 5 «Экстракорпоральное оплодотворение» без применения коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП).

В случае, если базовая программа экстракорпорального оплодотворения была завершена по итогам 1-го этапа (стимуляция суперовуляции), к КСГ 5 применяется КСЛП в размере 0,6.

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов цикла экстракорпорального оплодотворения и криоконсервации эмбрионов, к КСГ применяется повышающий КСЛП в размере 1,1.

В случае, если женщина повторно проходит процедуру экстракорпорального оплодотворения с применением ранее криоконсервированных эмбрионов, случай госпитализации оплачивается по КСГ 5 с применением КСЛП в размере 0,19.

С учетом установления КСЛП оплата ЭКО осуществляется в следующем размере в зависимости от этапа:

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

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Перечень случаев и значения коэффициентов (КСЛП) приведены в Приложении № 9.

Порядок отбора и направления жителей Краснодарского края на лечение бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения определяется министерством здравоохранения Краснодарского края.

## 2.9. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационара (в т. ч. в реабилитационных отделениях поликлиник и санаторно-курортных организаций).

Отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) вне зависимости от диагноза. При этом для отнесения случая к КСГ 323 – 325 в круглосуточном стационаре и к КСГ 123 – 128 в дневном стационаре применяется дополнительный классификационный критерий – оценка состояния пациента по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ):

Код	Расшифровка дополнительного классификационного критерия
rb2	2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации
rb3	3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации
rb4	4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации
rb5	5 балла по шкале реабилитационной маршрутизации
rb6	6 балла по шкале реабилитационной маршрутизации

Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ), разработанная Союзом реабилитологов России, применима как для взрослых, так и детей. Градация оценки по ШРМ приведена в приложении № 10.

При оценке 0 – 1 балла по ШРМ пациент не нуждается в медицинской реабилитации; при оценке 2 – 3 балла по ШРМ пациента получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара; при оценке 4 – 6 баллов по ШРМ медицинская реабилитация осуществляется в стационарных условиях. Также при оценке 2 – 5 баллов по ШРМ пациенту может оказываться медицинская реабилитация в амбулаторных условиях.

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

## 2.10. Особенности формирования КСГ по профилю «Офтальмология»

Выполнение косметических процедур, за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. В связи с этим оплата по КСГ услуги А16.26.046.001 «Эксимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия»

осуществляется только при лечении язвы роговицы и кератитов в случае невозможности коррекции миопии, гиперметропии или астигматизма очками и линзами, услуги А16.26.046.002 «Экимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» – при коррекции посттравматического астигматизма в случае невозможности коррекции очками и линзами.

### 2.11. Особенности формирования **реанимационных КСГ**

Отнесение к КСГ 322 «Реинфузия аутокрови», КСГ 323 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация» и КСГ 324 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация» осуществляется соответственно по следующим кодам услуг Номенклатуры:

Код услуги	Наименование услуги
A16.20.078	Реинфузия крови для аутологичной трансфузии (с использованием аппарата cell-saver)
A16.12.030	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
A16.10.021.001	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

Отнесение случаев лечения пациентов с органной дисфункцией к КСГ 22 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», КСГ 62 «Сепсис с синдромом органной дисфункции», КСГ 220 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции» и КСГ 299 «Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции» осуществляется с учетом в том числе дополнительного 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.

Для кодирования признака «it1» должны выполняться одновременно оба условия. За основу берется оценка по шкале SOFA в наиболее критическом за период госпитализации состоянии пациента.

Оценка состояния пациента по шкале SOFA осуществляется на основе оценки дисфункции шести органных систем (дыхательная, коагуляционная, печеночная, сердечно-сосудистая, неврологическая, почечная). Оценка каждого параметра в 0 баллов соответствует легкой дисфункции, оценка в 4 балла соответствует тяжелой недостаточности.

где:

- РаО<sub>2</sub> в mm Hg и FIO<sub>2</sub> в % 0.21 – 1.00.

- адренергические препараты назначены как минимум на 1 час в дозе мкг на кг в минуту

- 0 баллов – норма; 4 балла – наибольшее отклонение от нормального значения

- данные могут собираться и подсчитываться ежедневно

Среднее АД в mm Hg =

= ((систолическое АД в mm Hg) + (2 \* (диастолическое АД в mm Hg))) / 3

Общий балл SOFA = Сумма баллов всех 6 параметров

Интерпретация:

- минимальный общий балл: 0

- максимальный общий балл: 24

- чем выше балл, тем больше дисфункция органа.

- чем больше общий балл, тем сильнее мультиорганная дисфункция.

Отнесение к КСГ 321 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении» по коду МКБ-10 (основное заболевание) и коду дополнительного классификационного критерия «it2», означающего непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 480 часов и более.

Градации оценок по шкале (SOFA) приведен в приложении № 11.

## 2.12 Формирование КСГ по профилю "Комбустиология"

Дополнительные критерии отнесения: комбинация диагнозов.

КСГ по профилю «Комбустиология» (ожоговые группы) формируются методом комбинации двух диагнозов, один из которых характеризует *степень ожога*, а другой *площадь ожога*.

КСГ	Наименование КСГ	Комментарий (модель)	Коды МКБ	Дополнительные коды МКБ
292	Отморожения (уровень 1)	Лечение пострадавших с поверхностными отморожениями	T33.0 - T33.9, T35.0	
293	Отморожения (уровень 2)	Лечение пострадавших с отморожением, некрозом ткани	T34.0 - T34.9, T35.1-T35.7	
294	Ожоги (уровень 1)	Лечение пострадавших с поверхностными ожогами 1-2 ст. (площадью менее 10%)	T20.1, T20.2, T20.5, T20.6, T21.1, T21.2, T21.5, T21.6, T22.1, T22.2, T22.5, T22.6, T23.1, T23.2, T23.5, T23.6, T24.1, T24.2, T24.5, T24.6, T25.1, T25.2, T25.5, T25.6, T29.1, T29.2, T29.5, T29.6, T30.0, T30.1, T30.2, T30.4, T30.5	T31.0, T32.0
295	Ожоги (уровень 2)	Лечение пострадавших	T20.1, T20.2, T20.5, T20.6,	T31.1-

		с поверхностными ожогами 1-2 ст. (площадью 10% и более)	T21.1, T21.2, T21.5, T21.6, T22.1, T22.2, T22.5, T22.6, T23.1, T23.2, T23.5, T23.6, T24.1, T24.2, T24.5, T24.6, T25.1, T25.2, T25.5, T25.6, T29.1, T29.2, T29.5, T29.6, T30.0, T30.1, T30.2, T30.4, T30.5, T30.6	T31.9, T32.1-T32.7
296	Ожоги (уровень 3)	Лечение пострадавших с глубокими ожогами 3 ст. (площадью менее 10%)	T20.0, T20.3, T20.4, T20.7, T21.0, T21.3, T21.4, T21.7, T22.0, T22.3, T22.4, T22.7, T23.0, T23.3, T23.4, T23.7, T24.0, T24.3, T24.4, T24.7, T25.0, T25.3, T25.4, T25.7, T29.0, T29.3, T29.4, T29.7, T30.3, T30.7	T31.0, T32.0
297	Ожоги (уровень 4)	Лечение пострадавших с глубокими ожогами 3 ст. (площадью 10% - 29%)	T20.0, T20.3, T20.4, T20.7, T21.0, T21.3, T21.4, T21.7, T22.0, T22.3, T22.4, T22.7, T23.0, T23.3, T23.4, T23.7, T24.0, T24.3, T24.4, T24.7, T25.0, T25.3, T25.4, T25.7, T29.0, T29.3, T29.4, T29.7, T30.3, T30.7	T31.1, T31.2, T32.1, T32.2
		Термические и химические ожоги внутренних органов	T27.0, T27.1, T27.2, T27.3, T27.4, T27.5, T27.6, T27.7	
298	Ожоги (уровень 5)	Лечение пострадавших с глубокими ожогами 3 ст. (площадью более 30%)	T20.0, T20.3, T20.4, T20.7, T21.0, T21.3, T21.4, T21.7, T22.0, T22.3, T22.4, T22.7, T23.0, T23.3, T23.4, T23.7, T24.0, T24.3, T24.4, T24.7, T25.0, T25.3, T25.4, T25.7, T29.0, T29.3, T29.4, T29.7, T30.3, T30.7	T31.3, T31.4, T31.5, T31.6, T31.7, T31.8, T31.9, T32.3, T32.4, T32.5, T32.6, T32.7, T32.8, T32.9

Исключением являются ожоги дыхательной системы (коды МКБ-10), при наличии которых случай относится к КСГ 297 Ожоги (уровень 4) независимо от степени и площади ожога туловища.

Ожоги других внутренних органов относятся к КСГ иных профилей.

### 2.13. Формирования отдельных КСГ, объединяющих случаи лечения болезней системы кровообращения

Отнесение к большинству КСГ кардиологического (а также ревматологического или терапевтического) профиля производится путем комбинации двух классификационных критериев: терапевтического диагноза и услуги. Это следующие КСГ:

№ КСГ	Наименование КСГ
<b>Круглосуточный стационар</b>	
70	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
71	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии
73	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
75	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
194	Ревматические болезни сердца (уровень 2)
214	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2)
216	Другие болезни сердца (уровень 2)
<b>Дневной стационар</b>	
33	Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов

Если предусмотренные для отнесения к этим КСГ услуги не оказывались, случай классифицируется по диагнозу в соответствии с кодом МКБ 10.

Аналогичный подход применяется при классификации госпитализаций при инфаркте мозга: при проведении тромболитической терапии или ряда диагностических манипуляций случай относится к одной из двух КСГ:

№ КСГ	Наименование КСГ	КЗ
92	Инфаркт мозга, уровень 2	3,12
93	Инфаркт мозга, уровень 3	4,51

Если никаких услуг, являющихся классификационными критериями, больным не оказывалось, случай должен относиться к КСГ 91 «Инфаркт мозга, уровень 1».

Классификационные критерии отнесения к КСГ 92 и 93:

Код услуги	Наименование услуги	КСГ
A06.12.031.001	Церебральная ангиография тотальная селективная	93
A05.12.006	Магнитно-резонансная ангиография с контрастированием (одна область)	93
A06.12.056	Компьютерно-томографическая ангиография сосудов головного мозга	93
A25.30.036.002	Назначение ферментных фибринолитических лекарственных препаратов для внутривенного введения при инсульте	92

A06.12.031	Церебральная ангиография	93
A25.30.036.003	Назначение ферментных фибринолитических лекарственных препаратов для внутриартериального введения при инсульте	93

#### 2.14. Формирования КСГ, классифицирующих случаи диагностики и лечения злокачественных опухолей

Лекарственная терапия злокачественных новообразований (КСГ 32-34 и 144-157 круглосуточного стационара, 14-16 и 52-63 дневного стационара).

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» (С00-С80, С97) и кода схемы лекарственной терапии (sh001-sh267). При этом за законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов. Количество дней введения не равно числу введений, так как в один день больной может получать несколько лекарственных препаратов. Также количество дней введения не равно длительности госпитализации.

Отнесение случаев лекарственного лечения с применением схем, не включенных в справочник в качестве классификационного критерия, производится по кодам sh901 или sh902 по следующему правилу:

sh901	Прочие схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях: С15, С16, С18, С19, С20, С22, С25, С32, С34, С43, С44, С48, С50, С53, С54, С56, С57, С61, С64, С67, С73
sh902	Прочие схемы лекарственной терапии при иных злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей): С00, С01, С02, С03, С04, С05, С06, С07, С08, С09, С10, С11, С12, С13, С14, С17, С21, С23, С24, С26, С30, С31, С33, С37, С38, С39, С40, С41, С45, С46, С47, С49, С51, С52, С55, С58, С60, С62, С63, С65, С66, С68, С69, С70, С71, С72, С74, С75, С76, С77, С78, С79, С80, С97

Отнесение случаев к группам, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований (кроме ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей) у детей, и злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей у детей и взрослых производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С», кодов Номенклатуры и возраста - менее 18 лет или 18 лет и более, при этом за законченный случай принимается курс химиотерапевтического лечения, выполненный в период одной госпитализации.

Отнесение к КСГ 32-34 и 144-145 круглосуточного и КСГ 14-16 и 52-53 дневного стационара производится по кодам Номенклатуры:

A25.30.014 Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей;



A25.30.033 Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у взрослых.

Отнесение к КСГ 157 круглосуточного и 63 дневного стационара «Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы» производится путем комбинации кодов С81-С96 и кодов Номенклатуры:

Код услуги	Наименование услуги
A25.30.033.001	Назначение лекарственной терапии с применением моноклональных антител при онкологическом заболевании у взрослых
A25.30.033.002	Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов протеинкиназы при злокачественном новообразовании у взрослых

Название услуги включает наименование группы лекарственного препарата согласно анатомо-терапевтическо-химической (АТХ) классификации. В медицинской организации при назначении конкретного лекарственного препарата определяется его принадлежность к АТХ-группе и выбирается соответствующая услуга для кодирования.

## 2.15 Оплата скорой медицинской помощи

В соответствии с Программой 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 сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

По страховым случаям, видам и условиям оказания медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации застрахованным лицам Краснодарского края, осуществляется по подушевому нормативу за численность застрахованных лиц обслуживаемого населения.

Оплата оказанной скорой медицинской помощи инокраевым застрахованным лицам осуществляется по утвержденному тарифу за вызов скорой медицинской помощи.

2.15.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой

медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, приведен в приложении № 12.

2.16. Оплата экстренной консультативной скорой медицинской помощи осуществляется за вызов бригады отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи по месту вызова, тариф на оказание медицинской помощи дифференцируется по месту выезда (в пределах г. Краснодара и за пределами г. Краснодара).

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

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяется в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», на основе стандартов медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и являются едиными для медицинских организаций, независимо от организационно-правовой формы, оказавших медицинскую помощь при конкретном заболевании или состоянии в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Тарифы на медицинские услуги (помощь), оказываемые медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования, представляют собой денежную сумму, определяющую уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций при выполнении Территориальной программы ОМС.

Тарифы используются для оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках Территориальной программы ОМС, в соответствии с утвержденными способами оплаты.

Медицинские организации направляют средства обязательного медицинского страхования на покрытие следующих расходов, связанных с деятельностью по оказанию медицинской помощи:

#### **3.1.1. Заработная плата**

Расчет тарифов в части расходов на заработную плату производится исходя из размеров и условий оплаты труда, установленных законодательными

актами Краснодарского края для работников бюджетной сферы здравоохранения.

В расчет тарифов на медицинские услуги включается фонд оплаты труда, соответствующий штатному расписанию медицинской организации.

Для определения расходов на оплату труда рассчитывается отдельно основная и дополнительная заработная плата персонала медицинской организации. Под основной заработной платой понимается расчет заработной платы штатных должностей (включая вакансии) по тарификационным спискам медицинской организации, начисляемой в соответствии с нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации и нормативными актами Краснодарского края.

В расчет дополнительной заработной платы входят выплаты стимулирующего и компенсационного характера.

Затраты на оплату труда определяются исходя из потребности в количестве персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с действующей системой оплаты труда, в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе 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, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

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

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в Краснодарском крае во исполнении Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики Правительством Российской Федерации в Краснодарском крае. Целевые показатели средней заработной платы в 2018 году к уровню 2017 года составят: врачей -131,2 %, среднего медицинского персонал- 120,5%,

младшего медицинского персонала -156,1 % (с учетом всех источников, образующих фонд оплаты труда).

В случае превышения заработной платы младшего медицинского персонала по сравнению с заработной платой среднего медицинского персонала – устанавливается на уровне заработной платы среднего медицинского персонала, но не выше.

Согласно распоряжения Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 г. № 2190-р «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы» при оценке соотношения заработной платы отдельных категорий работников, определенных Указом, и средней заработной платы в крае учитывается вся заработная плата, полученная работником за счет всех источников. Одновременно с этим должны соблюдаться общие подходы к обеспечению достижения целевых показателей повышения оплаты труда отдельных категорий работников бюджетной сферы согласно пункту 4 протокола заседания Правительственной комиссии от 07.10.2016 г. №2 – средства обязательного медицинского страхования обеспечивают 70% от общего размере требуемых средств, 30% - за счет иных источников, формирующих фонд оплаты труда (средства соответствующих бюджетов бюджетной системы и средства от приносящей доход деятельности).

**3.1.2. Начисления на выплаты по оплате труда** определяются по тарифам страховых взносов в соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах.

### **3.1.3. Лекарственные средства и расходные материалы**

Расходы на лекарственные средства и расходные материалы включают: приобретение медикаментов в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками ее оказания или по решению врачебной комиссии (приказ от 20.12.2012г. №1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»), включенных в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации;

приобретение перевязочных средств в соответствии с рекомендованными нормативами потребления, утвержденными приказом Министерства здравоохранения СССР от 28 августа 1985 года № 1145 «Об утверждении временных нормативов потребления перевязочных средств для лечебно-профилактических и аптечных учреждений»;

приобретение реактивов, химикатов, расходных материалов, используемых при оказании медицинской помощи, стекла, химпосуды и других материальных запасов, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации.

При оказании амбулаторно-поликлинической помощи лекарственное обеспечение производится по назначению врача за счет личных средств граждан, за исключением лекарственных препаратов, назначенных отдельным категориям граждан, имеющим льготы по лекарственному обеспечению, в рамках законодательства Российской Федерации.

При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

При оказании неотложной помощи в поликлиниках бесплатная лекарственная помощь оказывается в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации.

В период лечения в стационарах круглосуточного пребывания, дневных стационарах больные обеспечиваются лекарственными средствами за счет средств обязательного медицинского страхования.

В денежную норму расходов на лекарственные препараты и расходные материалы не включаются средства на бесплатное и льготное предоставление лекарственных препаратов отдельным категориям больных при амбулаторном лечении, расходы на приобретение расходных материалов для зубопротезирования, брекет-системы при ортодонтическом лечении, оптические стекла и оправы.

#### **3.1.4. Продукты питания.**

Среднесуточный набор продуктов питания на одного больного в стационарных условиях должен обеспечивать удовлетворение физиологических потребностей организма человека в пищевых веществах и энергии с учетом механизмов развития заболевания, особенностей течения основного и сопутствующего заболеваний и соответствовать требованиям Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» гл. 5 «Организация охраны здоровья» ст. 39 «Лечебное питание».

#### **3.1.5. Иные расходы.**

В составе затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно

в процессе оказания медицинской помощи, выделяются следующие группы: затраты на приобретение мягкого инвентаря, расходы на коммунальные услуги, прочие выплаты, на оплату услуг связи, транспортных 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, в части расходов на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу, а также плата за услуги, связанные с обращением медицинской продукции, оплата за организацию питания предприятиями общественного питания (при отсутствии своего пищеблока).

3.2. В тариф на медицинскую помощь включаются расходы медицинских организаций в соответствии с приказом Минфина РФ от 1 июля 2013 года № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

Наименование расходов	Показатель по классификации операций сектора государственного управления (код, наименование)
Заработная плата	подстатья 211 «Заработная плата»
Начисления на выплаты по оплате труда	подстатья 213 «Начисления на выплаты по оплате труда»
Лекарственные средства, расходные материалы и прочие лечебные расходы	<p>статья 310 «Увеличение стоимости основных средств» в части расходов на приобретение медицинского инструментария (со сроком службы более 12 месяцев);</p> <p>статья 340 «Увеличение стоимости материальных запасов» в части расходов на приобретение лекарственных средств (медикаментов), расходных материалов, медицинского инструментария (со сроком службы до 12 месяцев), реактивов, химикатов, стекла и химпосуды и т.д.;</p> <p>подстатья 226 «Прочие услуги» статьи 220 в части расходов по оплате анализов и инструментальных исследований, производимых в других медицинских организациях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования)</p>
Продукты питания*	<p>статья 340 «Увеличение стоимости материальных запасов» в части расходов на приобретение продуктов питания МО, имеющих свой пищеблок;</p> <p>подстатья 226 «Прочие услуги» статьи 220 в части расходов на приобретение продуктов питания предприятиями общественного питания (при отсутствии своего</p>

	пищеблока)
Иные расходы:	статья 340 «Увеличение стоимости материальных запасов» в части приобретения мягкого инвентаря
	подстатья 212 «Прочие выплаты»
	подстатья 221 «Услуги связи»
	подстатья 222 «Транспортные услуги»
	подстатья 223 «Коммунальные услуги»
	подстатья 224 «Арендная плата за пользование имуществом»
	подстатья 225 «Услуги по содержанию имущества», за исключением услуг по содержанию имущества в части капитального ремонта
	подстатья 226 «Прочие услуги», за исключением расходов по договорам на разработку проектно-сметной документации на капитальный ремонт, капитальное строительство и реконструкцию объектов, экспертизы, технический надзор при проведении капитального ремонта; плата за услуги, связанные с обращением медицинской продукции;
	по оплате за организацию питания предприятиями общественного питания (при отсутствии своего пищеблока)
	подстатья 262 «Пособия по социальной помощи населению» в части социального обеспечения работникам медицинских организаций, установленного законодательством Российской Федерации
	статья 290 «Прочие расходы»
статья 310 «Увеличение стоимости основных средств» в части расходов на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу	
статья 340 «Увеличение стоимости материальных запасов» в части расходов на приобретение хозяйственных материалов, канцелярских принадлежностей, горюче-смазочных, строительных материалов, спецпитания для работающих во вредных условиях (молока и других равноценных продуктов) и прочих материальных запасов	

\* Медицинские организации, в которых отсутствует свой пищеблок, при заключении договоров, расходы на закупку продуктов питания и услуги по приготовлению пищи должны отражать отдельно.

Медицинские организации любой формы собственности, участвующим в реализации территориальной программы ОМС Краснодарского края, учет лекарственных средств, расходных материалов, мягкого инвентаря должны

осуществлять в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами, регламентирующими деятельность в сфере здравоохранения.

3.3. Расчет затрат по статьям бюджетной классификации, указанным в п. 3.2. Тарифного соглашения производится по основным структурным подразделениям медицинской организации, по вспомогательным службам и службам, включенным в накладные расходы. К вспомогательным службам относятся лечебно-диагностические отделения (параклиника), общепольничный персонал, аптека, централизованное стерилизационное отделение, приемное отделение стационара. К накладным расходам относятся подразделения, непосредственно не участвующие в оказании медицинской помощи (административно – хозяйственный персонал), но ее обеспечивающие.

3.4. В структуру тарифа на оплату медицинской помощи не включаются, и не подлежат оплате из средств обязательного медицинского страхования следующие расходы медицинских организаций:

1) приобретение лекарственных препаратов:

иммунобиологических лекарственных препаратов для проведения профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям, а также их хранение и отпуск;

лекарственных препаратов для проведения в рамках Территориальной программы ОМС мероприятий по диагностике (туберкулинодиагностика);

лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения для формирования резервного запаса для чрезвычайных ситуаций;

2) пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатальный скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами, а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций;

3) оплата обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров (обследований) работников медицинских организаций, структурные подразделения которых не включены в систему ОМС;

4) обеспечение медицинской деятельности, связанной с донорством органов и тканей человека в целях трансплантации (пересадки);

5) содержание врачей-фониатров, врачей спортивной медицины, врачей-психотерапевтов, врачей-психиатров, врачей-сексопатологов, врачей-фтизиатров, педагогического персонала (кроме оплаты случаев оказания услуг, указанных в п.4.17.



б) предоставление компенсационных выплат на возмещение расходов по оплате жилья, отопления и освещения отдельным категориям граждан, работающим и проживающим в сельских населенных пунктах или поселках городского типа, городах, входящих в состав муниципальных районов (врачи, провизоры, средний медицинский и фармацевтический персонал, руководящие и педагогические работники домов ребенка, учреждений социального обслуживания и обеспечения населения);

7) проведение мероприятий:

проведение совещаний, конференций, съездов и участие в них;

проведение мероприятий по гражданской обороне;

расходы на проведение мероприятий, связанных с пропагандой здорового образа жизни;

финансовое обеспечение расходов учреждений, обеспечивающих деятельность медицинских организаций Краснодарского края;

проведение заключительной дезинфекции в выявленных очагах возбудителей инфекционных заболеваний;

проведение медицинского освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического опьянения;

8) расходы на дополнительное профессиональное образование по программам повышения квалификации и профессиональной переподготовки, запланированные по разделу 0700 «Образование», подраздел 0705 «Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации» в соответствии с приказами от 03.08.2012 г. № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях», от 08.10.2015 г. №707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»;

9) оплата расходов, связанных с обеспечением населения Краснодарского края медицинской продукцией по территориальной льготе и при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи, а также их хранение и отпуск;

10) расходы, не связанные с деятельностью по реализации Территориальной программы ОМС, в том числе расходы по содержанию имущества, сдаваемого в аренду и (или) используемого в коммерческой деятельности;

11) расходы на приобретение, заготовку, переработку, транспортировку и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентам;

12) расходы на оплату транспортных услуг по доставке пациентов и проезда граждан к месту получения медицинских услуг, за исключением

транспортных услуг при транспортировке пациентов из одной медицинской организации в другую;

13) транспортировка умерших (погибших), осуществляемая специализированными службами по вопросам похоронного дела (Закон Краснодарского края от 4 февраля 2004 года № 666-КЗ (ред. от 27.09.2012) «О погребении и похоронном деле в Краснодарском крае»);

14) оснащение медицинских кабинетов образовательных учреждений мебелью, оргтехникой и медицинскими изделиями, согласно стандарту оснащения (Приказ Минздрава России от 5 ноября 2013 года № 822н (ред. от 03.09.2015 г.) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях»);

15) расходы на уплату государственных пошлин и судебных издержек, исполнением обязательств по судебным делам, не связанным с деятельностью медицинских организаций по выполнению территориальной программы ОМС; возврат средств ОМС, использованных не по целевому назначению;

16) оплата услуг по подготовке медицинских работников по вопросам проведения предрейсовых, послерейсовых и текущих медицинских осмотров водителей транспортных средств;

17) оплата расходов на содержание врачей специалистов, оказывающих медицинскую помощь при отсутствии лицензии медицинской организации на данный вид деятельности;

18) В структуру тарифа на оплату медицинской помощи не включаются расходы на содержание имущества и оплату труда работников в периоды закрытия медицинской организации (структурного подразделения) на проведение плановых и внеплановых ремонтов, карантинных и профилактических мероприятий и простоев в работе медицинской организации (структурного подразделения) по иным причинам. Указанные расходы могут возмещаться за счет средств ОМС в пределах объемов средств, заработанных медицинской организацией.

### **3.5. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях**

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС на 1 застрахованное лицо составляет 3 897, 83 рубля который определен на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

При оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи предусмотрен способ оплаты 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), застрахованным на территории края.

**3.5.1** В подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи включается объем первичной-медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях застрахованным лицам Краснодарского края.

Исходя из среднего размера финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в расчете на одно застрахованное лицо рассчитан базовый (средний) подушевой норматив финансирования, включающий ожидаемую сумму средств на оплату медицинской помощи по следующей формуле:

$$\text{ПН баз} = (\text{ФО (амб)ср} * \text{Чз} - \text{ОСео}) / \text{Чз}$$

Где:

ПН баз – базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей;

ФО (амб)ср = средний размер средств финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС;

ОСео – размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным на территории Краснодарского края;

Чз - численность застрахованного населения.

В подушевой норматив финансирования на прикрепленных застрахованных лиц не включаются:

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 медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме, стоматологическая медицинская помощь, центры здоровья, посещения с проведением МРТ и КТ исследований, оказание медицинской помощи в приемном отделении пациентам, не требующим госпитализации, расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливает месячный объем финансовых средств для оплаты оказанной первичной медико-санитарной помощи в расчете на 1 прикрепленное застрахованное лицо и дифференцируется в разрезе медицинских организаций с учетом половозрастной структуры прикрепленного населения по следующей формуле:

$$\text{СрКДвозр} = \sum \text{мтр} / \text{Чпр} / 12 \text{ мес.} * \text{КДвозр},$$

где

СрКДвозр – средневзвешенный коэффициент дифференциации по половозрастной структуре населения, учитывающий различия в затратах на

оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц, в зависимости от пола и возраста.

$\Sigma$ мтр – сумма расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях застрахованному населению в текущем году;

Чпр - численность прикрепленных застрахованных лиц Краснодарского края к медицинской организации;

КДвозвр – коэффициент дифференциации для *i*-той половозрастной группы застрахованных лиц, рассчитываемых в порядке , установленном разделом X Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158 н.

Средневзвешенный коэффициент дифференциации по половозрастной структуре населения (КДПВ), учитывающий различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц, в зависимости от пола и возраста исчислены исходя из фактических данных по принятым к оплате и распределены на следующие половозрастные группы:

ноль – один год мужчины – 4,32

ноль – один год женщины – 4,22

один год – четыре года мужчины – 2,25

один год – четыре года женщины – 2,20

пять лет – семнадцать лет мужчины – 1,57

пять лет – семнадцать лет женщины – 1,51;

восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины – 0,41;

восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины – 0,69;

шестьдесят лет и старше мужчины – 1,04;

пятьдесят пять лет и старше женщины – 1,28.

Финансирование амбулаторной помощи прикрепленному населению производится по дифференцированным подушевым нормативам по половозрастным группам и приведены в приложении № 13.

3.5.2. Тарифы на медицинские услуги за единицу объема медицинской помощи за посещение в амбулаторных условиях.

Медицинская услуга «посещение» включает в себя врачебный осмотр, врачебные и сестринские манипуляции, услуги процедурного, перевязочного кабинетов, и параклинических отделений (кабинетов).

Тарифы на медицинские услуги по амбулаторно-поликлинической помощи формируются с учетом оплаты труда специалистов, работающих в городской и сельской местностях:

городские;

сельские;

участковые.

Величина тарифа на оказание амбулаторно-поликлинической помощи в расчете на 1 посещение определяется по формуле:

$$T_{\text{пос}} = (O_{\text{т}} + M + N_{\text{рас}} + B_{\text{сл}} + \text{Ин.р}) : П_{\text{ч}}, \text{ где}$$

$T_{\text{пос}}$  – тариф 1 посещения (руб.);

$O_{\text{т}}$  – расходы на оплату труда с начислениями медицинского персонала амбулаторно-поликлинического учреждения, отделения, включая денежные выплаты стимулирующего характера 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; повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами, а также достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в Краснодарском крае;

$M$  – расходы на лекарственные средства и расходные материалы амбулаторной службы в расчете на годовое плановое число посещений;

$N_{\text{рас}}$  – накладные расходы, относящиеся на затраты подразделения;

$B_{\text{сл}}$  – расходы на услуги лечебно-диагностических служб, включенные в тариф амбулаторного учреждения здравоохранения, отделения;

$\text{Ин.р}$  – иные статьи расходов;

$П_{\text{ч}}$  – плановое число посещений на год, рассчитанное в соответствии с Порядком расчета плановой функции врачебной должности в амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения.

Расчет тарифов одного амбулаторно-поликлинического посещения производится дифференцированно по специальностям, по видам (лечебно-диагностическое, профилактическое, на дому).

При формировании счетов за оказанную медицинскую помощь обучающимся застрахованным лицам в МБУЗ «Городская поликлиника №26» г. Краснодар применяется тариф лечебно-диагностического посещения городского уровня по соответствующим специальностям.

Тариф на оплату одного посещения по специальностям, дифференцированного по типам посещения и по типам населенного пункта (город, село, участок) представлены в приложении №14 (лист 1,2,3,4).

Тариф на оплату одного посещения по отдельным медицинским услугам представлены в приложении № 15.

3.5.3. Для медицинских организаций, в составе которых на функциональной основе созданы Центры здоровья, единицей объема первичной медико-санитарной помощи впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования и обратившихся для динамического наблюдения, по рекомендациям врача Центра здоровья, является законченный случай лечения.

Оплата производится при условии выполнения необходимых исследований, входящих в перечень комплексного обследования по согласованному тарифу.

Величина законченного случая лечения Центров здоровья, определяется по формуле, указанной в п.3.5.2.

Тарифы на медицинские услуги Центров здоровья приведены в приложении № 16.

#### 3.5.4. Оплата амбулаторной стоматологической помощи.

При оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи по посещениям и обращениям учитываются условные единицы трудоемкости (УЕТ), которые на протяжении многих лет используются в стоматологии для планирования учета оказываемых услуг, отчетности деятельности специалистов, оплаты их труда.

Величина тарифа 1-го УЕТ в стоматологических поликлиниках всех типов рассчитывается по следующей формуле:

$$T(\text{УЕТ}) = (\text{От} + \text{М} + \text{Н рас} + \text{Всл} + \text{Ин.р}) : V, \text{ где}$$

$T(\text{УЕТ})$  – тариф 1 УЕТ;

От - расходы на оплату труда с начислениями медицинского персонала стоматологической службы, включая доплаты по повышению доступности стоматологической помощи, оказанной детскому населению.

М., Н рас., В сл., Ин.р. расходы по п.3.7.2.

V - плановое число условных единиц трудоемкости (УЕТ) в год.

Расчет планового числа условных единиц трудоемкости (УЕТ) врачей-стоматологов (зубных врачей) определяется по следующей формуле:

$V = B * 25 \text{ УЕТ}$ , где

$B$  - годовая норма рабочего времени врача-специалиста;

$B = D - D_v - D_o$ , где

$D$  – число календарных дней в году (365 дней);

$D_v$  - число выходных дней при 5-дневной рабочей неделе и праздничных дней в году;

$D_o$  – число рабочих дней отпуска, пересчитанное на 5 – дневную рабочую неделю;

25 УЕТ – норма нагрузки врача – стоматолога (зубного врача) на 1 день при работе по пятидневной рабочей неделе.

Тарифы на оплату стоматологической помощи (УЕТ), дифференцированной по месту оказания медицинской помощи представлены для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях.

### **3.5.5. Расчет тарифов на проведение диспансеризации взрослого населения в определенные возрастные периоды.**

В основе расчета стоимости простой медицинской услуги, определенной Порядком проведения диспансеризации отдельных групп взрослого населения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 октября 2017 года № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее Порядок), используется утвержденная стоимость условной единицы трудоемкости по подразделению, где выполняется услуга и норма времени, затрачиваемого основными исполнителями - врачами и средним медицинским персоналом в процессе оказания услуги согласно действующим нормативным документам (приказ Министерства здравоохранения от 13 октября 2017 года № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»).

Численность застрахованных лиц, подлежащих диспансеризации в соответствии с приложением № 1 Порядка, соответствует численности

застрахованных лиц в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

Тариф законченного случая проведения диспансеризации одного застрахованного определяется по формуле:

$$T(\text{диспан}) = \sum Z_y / Ч_{\text{застр.}}, \text{ где}$$

$\sum Z_y$  – сумма затрат на простые медицинские услуги (определенные Порядком);

$Ч_{\text{застр.}}$  – численность застрахованных определенных возрастных групп населения по возрастным периодам, подлежащих диспансеризации:

Группа	Возраст
<b>Мужчины</b>	
1	21, 24, 27, 30, 33
2	36, 39, 42, 48, 87, 90, 93, 96, 99
3	75, 78, 81, 84
4	45, 54, 57
5	60, 63, 66, 69, 72
6	51

<b>Женщины</b>	
1	21, 24, 27,
2	87, 90, 93, 96
3	75, 78, 81, 84
4	99
5	30, 33, 36
6	72
7	39, 42
8	45, 48, 63, 66, 69
9	51, 54, 57, 60



Расчет тарифа производится с учетом половозрастного состава.

Тарифы законченного случая в рамках диспансеризации взрослого населения в определенные возрастные периоды представлены в приложении № 19.

Первый этап считается завершенным и подлежит оплате в случае выполнения не менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола. При этом обязательным является анкетирование и прием врача-терапевта, а осмотры врачами-специалистами и исследования, выполненные ранее вне рамок диспансеризации и отказы гражданина от прохождения отдельных осмотров должны составлять не более 15%.

В случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как завершенный случай, при этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования) в соответствии с утвержденными тарифами на простые медицинские услуги, выполняемые при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Тарифы простых медицинских услуг, выполняемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения, представлены в приложении № 20.

При выполнении в рамках первого этапа диспансеризации менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85% и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра, данные случаи учитываются как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр и, соответственно, оплата осуществляется по тарифам, установленным для профилактического осмотра взрослого населения.

3.5.6. Расчет тарифа на проведение диспансеризации детей-сирот выполнен в соответствии с приказами Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 февраля 2013года № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» и от 11 апреля

2013 года № 216 н «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».

Тарифы на оплату посещения специалистов в рамках диспансеризации детей-сирот представлены в приложении № 21.

3.5.7. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемые медицинскими организациями по отдельным медицинским услугам (лабораторные исследования, специализированного курсового амбулаторного лечения (СКАЛ); консультации врачей специалистов с использованием телемедицинских технологий) рассчитаны в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

3.5.8. Расчет тарифа лабораторно-диагностического исследования производится путем определения стоимости 1 минуты рабочего времени медицинского персонала, участвующего в его проведении, по формуле:

$$T_{\text{мин}} = (Oт + M + M_{\text{ин}} + N_{\text{рас}}) : B, \text{ где:}$$

$T_{\text{мин}}$  – стоимость 1 минуты рабочего времени медицинского персонала соответствующего параклинического отделения;

$Oт$  – годовой фонд оплаты труда с начислениями медицинского персонала соответствующего параклинического отделения.

Для определения расходов на оплату труда рассчитывается основная и дополнительная заработная плата медицинского персонала соответствующего параклинического отделения;

$M$  – расходы на медикаменты и перевязочные средства параклинического отделения в расчете на год;

$M_{\text{ин}}$  – расходы на мягкий инвентарь в расчете на численность медицинского персонала;

$N_{\text{рас}}$  – расходы на оплату труда с начислениями административно-хозяйственного персонала, относящиеся на тариф параклинического отделения;

$B$  – годовой бюджет рабочего времени должностей на проведение исследований (мин.).

Тариф исследования определяется по формуле:

$T_{\text{иссл}} = T_{\text{мин}} * N$ , где

$T_{\text{мин}}$  – стоимость 1 минуты рабочего времени медицинского персонала соответствующего параклинического отделения;

$N$  – норма времени на соответствующее исследование согласно действующим нормативным документам.

Тарифы на лабораторные исследования, выполняемые по направлениям амбулаторно-поликлинического звена медицинских организаций Краснодарского края, приведены в приложении № 22.

3.5.9. Тариф медицинской услуги по СКАЛ сформирован за единицу объема медицинской помощи за посещение.

Поликлиника центра СКАЛ, как альтернатива лечения в стационарных условиях, создана в соответствии с приказом Минздрава Российской Федерации от 28 июля 1997 года № 223 «Об организации специализированного курсового амбулаторного лечения (СКАЛ) в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации», в которой проводится профилактика, диагностика, лечение и медицинская реабилитация при различных заболеваниях и травмах с использованием системы специализированного курсового амбулаторного лечения.

Величина тарифа одного посещения центра СКАЛ, определяется по формуле, указанной в п. 3.5.2.

Тарифы на медицинские услуги консультативно-диагностических приемов (1 посещения центра СКАЛ, консультативно-диагностические посещения) приведены в приложении № 23.

3.5.10. Консультация врача специалиста с использованием Телемедицинской консультации - процесс оказания консультационной услуги врачом консультационно-диагностического центра врачу медицинской организации на основании медицинской информации, переданной по электронным каналам связи. Тариф на консультацию врачей специалистов с использованием телемедицинских технологий, включая холтеровское мониторирование, рассчитан за единицу объема посещения по формуле, указанной в п. 3.5.2, кроме расходов по статье «медикаменты и расходные материалы», которые не используются в данной услуге.

Тариф консультации врача специалиста с использованием телемедицинских технологий приведен в приложении № 24.

3.5.11. Тариф медицинской услуги по лечению методом гемодиализа и перитонеального диализа сформирован за единицу объема медицинской помощи за услугу.

В расчет тарифов включаются затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) в соответствии с п. 3.5.2.

По статье «Медикаменты» расходы на медикаменты и расходные материалы по диализу, расходные материалы по хирургии, реактивы и расходные материалы для лабораторных исследований и лекарственные препараты учтены по уровню фактически средне сложившихся расходов по медицинским организациям, осуществляющим данный вид медицинской услуги.

Заместительная почечная терапия методами гемодиализа и перитонеального диализа застрахованным лицам проводится в рамках первичной специализированной и специализированной медицинской помощи и оплачивается по тарифам, утвержденным в установленном порядке за счет средств обязательного медицинского страхования, в том числе в части приобретения расходных материалов, при этом проезд пациентов до места оказания медицинских услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи.

Тарифы медицинской услуги лечения населения методом гемодиализа и перитонеального диализа приведены в приложении № 25.

3.5.12. В рамках первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях осуществляется медицинская реабилитация детскому населению по профилям и заболеваниям, утвержденным Комиссией на базе ОАО «Центр восстановительной медицины и реабилитации «Краснодарская бальнеолечебница».

Оплата данного вида медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется за посещение врачей-специалистов с учетом нозологических форм заболеваний и профиля специалиста.

Учет и оплата реабилитационной медицинской помощи осуществляется при условии выполнения полного курса лечения по профильному заболеванию в период не более 30 календарных дней.

Тарифы на медицинские услуги по реабилитации пациентов детского населения в амбулаторных условиях приведены в приложении № 26.

### 3.6. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

3.6.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС на 1 застрахованное лицо составляет 5 203, 57 рублей, который определен на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

1. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка);
2. Коэффициент относительной затратноемкости;
3. Поправочные коэффициенты:
  - управленческий коэффициент;
  - коэффициент уровня оказания медицинской помощи;
  - коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре по клинко-статистическим группам (ССкcg) определяется по следующей формуле:

$$ССкcg = БС * КЗкcg * ПК, \text{ где}$$

БС – размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), руб.;

КЗкcg – коэффициент относительной затратноемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, основной коэффициент, установленный на федеральном уровне;

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ.

Поправочный коэффициент оплаты рассчитывается по следующей формуле:

$$ПК = КЗкcg \times КУкcg \times КУСмо \times КСКП, \text{ где}$$

КЗкcg – коэффициент относительной затратноемкости;

КУкcg – управленческий коэффициент;

КУСмо – коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи;

КСКП – коэффициент сложности курации пациента.

3.6.2. Базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи определена исходя из объема средств, предназначенных для

финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и оплачиваемой по КСГ.

Базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи приведена в приложении № 27 лист 1.

3.6.3. Коэффициенты относительной затроемкости по КСГ утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации и ФФОМС в методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования от 21 ноября 2017 года №11-7/10/2-8080, №13572/26-2/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» и взяты за основу при расчете стоимости одного случая госпитализации в стационарных условиях.

3.6.4. Управленческие коэффициенты установлены с целью мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализации при заболеваниях и состояниях, входящую в данную группу (для терапевтических групп), или стимулированию медицинской организации к внедрению конкретных методов хирургического лечения (для хирургических групп).

Управленческий коэффициент применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи.

3.6.5. Перечень клинико-статистических групп заболеваний с коэффициентами относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен конкретный случай госпитализации в стационарных условиях и управленческие коэффициенты приведены в приложении № 28 лист 1.

3.6.6. Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи отражают разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи. При оплате медицинской помощи учтены уровни предоставления медицинской помощи в соответствии с порядками ее оказания.

Средние значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи в крае составляют:

- 1) для медицинских организаций 1-го уровня: - 0,95
- 2) для медицинских организаций 2-го уровня: - 1,1
- 3) для медицинских организаций 3-го уровня: - 1,3

Коэффициенты подуровня оказания стационарной медицинской помощи установлены с учетом объективных критериев (разница в используемых энергоносителях, плотность населения, обслуживаемой

территории и т.д.), основаны на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

Границы значений коэффициента подуровня оказания медицинской помощи в крае составляют:

- 1) для медицинских организаций 1-го уровня - 0,7;
- 2) для медицинских организаций 2-го уровня - от 0,9 до 1,3;
- 3) для медицинских организаций 3-го уровня – от 1,1 до 1,5

3.1) для федеральных медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов Российской Федерации – 1,5.

Коэффициенты уровня и подуровня приведены в приложении № 3.

3.6.7. Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП), учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи в отдельных случаях, устанавливается на основании объективных критериев (проведения сочетанных хирургических вмешательств, однотипных операций на парных органах и другое) приведены в приложении № 9.

3.6.8. Расчеты суммарного значения КСЛП (КСЛП<sub>сумм</sub>) 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, за исключением случаев сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется без ограничения итогового значения.

Перечень сочетанных хирургических вмешательств, приведены в приложении №29.

Перечень однотипных операций на парных органах приведены в приложении №30.

Перечень гематологических и онкологических заболеваний крови и лимфоидных органов, пациентам детского возраста, при выполнении которых применяется коэффициент сложности лечения приведен в приложении № 31.

3.6.9 Коэффициент сложности лечения пациента для сверхдлительных сроков госпитализации по медицинским организациям рассчитывается по следующей формуле:

$КСЛП = 1 + (ФКД - НКД) : НКД \times Кдл$ , где

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

Кдл – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание и др. статьи расходов. Значение коэффициента длительности равен 0,25.

ФКД – фактическое количество койко-дней;

НКД – нормативное количество койко-дней - 30 дней, за исключением КСГ, для которых установлен срок 45 дней (приложение № 32).

Случаи, в которых рекомендуется устанавливать коэффициент сложности лечения пациента и их значения приведены в приложении № 9.

Данные коэффициенты применяются к утвержденным тарифам по КСГ в стационарных условиях при выставлении счета за оказанную медицинскую помощь на дату окончания оказания медицинской помощи (услуги) по КСГ.

3.6.9. Тарифы на один законченный случай лечения заболевания в стационарных условиях по КСГ приведены в приложении № 33 (лист 1, 2, 3).

3.6.10. **Специализированная высокотехнологичная** медицинская помощь оплачивается по единым тарифам на медицинскую помощь по методам высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2017 № 1492 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

Тарифы на единицу объема законченных случаев лечения по видам и методам высокотехнологичной медицинской помощи, оказанных в стационарных условиях, приведены в приложении № 34.

### **3.7. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара**

3.7.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС на 1 застрахованное лицо составляет 877,17 рублей, который определен на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи

Стоимость случая госпитализации в условиях дневных стационаров по клинко-статистическим группам (КСГ) определяется аналогично п.3.6.1.



Размер коэффициентов уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара составляет 1, кроме КСГ (№55 – 61) для специализированных медицинских организаций, связанных с применением лекарственной терапии онкологическим больным, где коэффициент подуровня составляет – 0,5.

Коэффициент сложности лечения пациента в условиях дневных стационаров не применяется, кроме ЭКО.

Базовая ставка финансирования по дневным стационарам приведена в приложении № 27 лист 2.

Перечень клинико-статистических групп заболеваний с коэффициентами относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен конкретный случай лечения в условиях дневного стационара и управленческие коэффициенты приведены в приложении № № 28 лист 2.

Тарифы на один законченный случай лечения заболевания по КСГ в условиях дневных стационаров приведены в приложении № 35.

### **3.8. Размер и структура подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации.**

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС на 1 застрахованное лицо составляет 667,38 рублей, который определен на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

3.8.1. В структуру подушевого норматива финансирования не включены расходы на оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

при заболеваниях (состояниях), не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования;

инокраевым застрахованным лицам;

лицам, не застрахованным в сфере обязательного медицинского страхования.

3.8.2. Для определения среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации рассчитан базовый (средний) подушевой норматив финансирования (БС) исходя из среднего размера финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими

организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования края в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$BC = (\sum_{i=1}^n Vi * (Si/12)) / Чзас., \text{ где}$$

$Vi$  – численность застрахованных лиц в муниципальном образовании, попадающих в  $i$ -половозрастной интервал;

$Si$  – средний норматив финансовых затрат на 1 вызов скорой помощи для застрахованных, попадающих в  $i$ -половозрастной интервал на соответствующий год.

Чзас. – численность застрахованных лиц на обслуживаемой территории.

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (КДинт) определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

$$КДинт = КДпвс \times КДср \times КДпл \times КДзп, \text{ где:}$$

КДпвс - средневзвешенный коэффициент дифференциации по половозрастной структуре населения;

КДпл - коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотности населения;

КДср – коэффициент дифференциации, учитывающий радиус территории обслуживания;

КДзп – коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников.

Средневзвешенный коэффициент дифференциации по половозрастной структуре населения (КДпвс), учитывающий различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц, в зависимости от пола и возраста исчислены исходя из фактических данных по принятым к оплате счетам и распределены на следующие половозрастные группы:

ноль – один год – мужчины – 2,22

ноль – один год – женщины – 1,97

один год – четыре года – мужчины – 1,71

один год – четыре года – женщины – 1,5

пять лет – семнадцать лет – мужчины – 0,52

пять лет – семнадцать лет – женщины – 0,51

восемнадцать лет - пятьдесят девять лет мужчины –0,55  
восемнадцать лет - пятьдесят четыре года женщины -0,62  
шестьдесят лет и старше мужчины –1,74  
пятьдесят пять лет и старше женщины –2,11

КДпн – коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотности населения на обслуживаемой территории, который устанавливается в следующих размерах:

0,3 – при уровне плотности населения в муниципальном образовании более 85 человек на кв.км;

0,1 – при уровне плотности населения в муниципальном образовании от 67,7 до 85 человек на кв.км;

0 – при уровне плотности населения в муниципальном образовании менее 67,7 человек на кв.км.

КДср – коэффициент дифференциации, учитывающий радиус территории обслуживания:

при обслуживании пациентов сельской местности, повышающий коэффициент дифференциации для бригад скорой медицинской помощи устанавливается в размере до 25%.

КДзп – коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в муниципальном образовании.

Финансирование скорой медицинской помощи вне медицинской организации производится по дифференцированным подушевым нормативам по половозрастным группам с применением поправочных коэффициентов и приведены в приложении № 36.

Тариф на 1 вызов скорой медицинской помощи и тариф на оплату вызова скорой медицинской помощи с проведением тромболиза для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной инокраевым застрахованным лицам приведены в приложении № 14.

3.9. Тариф вызов бригады отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи в пределах г. Краснодара и тариф вызов бригады отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи за пределами г. Краснодара приведены в приложении № 14.

### **3.9. Размер неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.**

В соответствии со статьей 40 Федерального закона от 29 октября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 Федерального закона 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.

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

$$C = H + C_{\text{шт}}, \text{ где:}$$

Н - 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 (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{\text{но}}, \text{ где:}$$

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

$K_{\text{но}}$  - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи, который устанавливается в соответствии с перечнем

оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)

Для медицинских организаций края, в которых оплата медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях производится по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, для расчета суммы, не подлежащей оплате по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи применяется тариф на оплату одного посещения по специальностям, действующий на дату оказания медицинской помощи.

Размер $K_{ю}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,1	3.1; 3.2.1; 4.2; 4.3
0,3	3.2.2; 3.12; 3.13
0,4	3.2.3; 3.3.2
0,5	1.5; 3.4; 3.5
0,6	3.8
0,7	3.7
0,8	3.6
0,9	3.2.4; 3.11; 3.14; 4.4
1,0	1.4; 3.2.5; 3.10; 4.1; 4.5; 4.6; раздел 5

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

$$C_{шт} = РП \times K_{шт},$$

где:

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

$K_{шт}$  - коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем оснований:

Размер $K_{\text{шт}}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,3	1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 3.7; 3.13
0,5	1.5; 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
1,0	1.2.1; 1.3.1; 1.4; 2.1; 2.3; 3.1; 3.6; 3.2.4; 3.11; 3.14; 4.6
3,0	1.2.2; 1.3.2; 3.2.5

В случае выявления Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Краснодарского края (далее – ТФОМС КК) по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи фактов излишне уплаченных сумм за прошлые годы за медицинскую помощь, оказанную инокраевым застрахованным лицам, суммы подлежат возврату в бюджет территориального фонда по месту страхования.

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи) приведены в приложении № 37.

#### 4. Порядок оплаты медицинской помощи

4.1 Оплата счетов медицинских организаций за медицинскую помощь, оказанную гражданам Краснодарского края, подлежащим обязательному медицинскому страхованию, но не имеющим на дату начала лечения документа, удостоверяющего факт страхования по ОМС, осуществляется той страховой медицинской организацией на территории Краснодарского края, которая выдаст временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса ОМС, либо в период лечения, либо в течение 30 дней от даты окончания лечения.

Оплата счетов медицинских организаций за медицинскую помощь, оказанную инокраевым застрахованным лицам, осуществляется по документу, удостоверяющему факт страхования по ОМС, действующему на момент начало лечения.

4.2. ТФОМС КК производит оплату за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам Краснодарского края, в медицинских организациях иных субъектов Российской Федерации, а также -

инокраевым застрахованным лицам в медицинских организациях на территории Краснодарского края, участвующих в реализации территориальной программы ОМС.

4.3. Медицинские организации ежемесячно, в сроки, определенные Договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и Договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, оказываемой застрахованным лицам вне территории страхования (инокраевым), представляют в страховые медицинские организации и ТФОМС КК реестры счетов за граждан, закончивших лечение в отчетном месяце.

4.4. Реестры счетов формируются в медицинских организациях отдельно по плательщикам по условиям оказания медицинской помощи за застрахованных лиц Краснодарского края и отдельно за инокраевых застрахованных лиц. Форма счета приведена в приложении № 38.

4.5. При изменении тарифа на медицинскую помощь в период лечения застрахованного лица оплата производится по тарифу, действующему на дату окончания медицинской услуги.

4.6. Посещение в течение дня застрахованного лица к одному и тому же врачу, или врачам одной специальности учитывается как одно посещение (кроме посещения онколога в специализированных медицинских организациях и телемедицинских консультаций).

4.7. Подушевой норматив финансирования доводится до сведения СМО и медицинских организаций, имеющих прикрепленных застрахованных лиц Краснодарского края и оказывающих первичную врачебную медико-санитарную помощь застрахованному населению в текущем году и оплата в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

4.8. По тарифу посещения оплачивается обращение пациента по заболеванию, имеющего направление в амбулаторно-поликлиническое подразделение медицинской организации краевого уровня в период стационарного лечения в другом лечебном учреждении.

4.9. В период лечения в дневных стационарах всех типов по тарифу посещения оплачивается обращение пациента к специалистам амбулаторно-поликлинического звена медицинской организации, в случае, не имеющему отношения к основному заболеванию, по которому пациент проходит лечение.

4.10. Рентгенологические исследования – компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, подлежат оплате по установленному тарифу в случае проведения его пациенту по направлению медицинских организаций, как в период амбулаторно-поликлинического, так и

стационарного лечения, за исключением выполнения компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии пациентам, находящимся на стационарном лечении в данной медицинской организации.

В случае необходимости проведения дополнительного рентгенологического исследования, помимо указанного в направлении из другой медицинской организации, оплата производится по установленному тарифу в исключительных случаях при наличии медицинских показаний. Повторного оформления направлений из других медицинских организаций не требуется. Данное условие распространяется на медицинские организации краевого уровня.

4.11. С целью упорядочения оказания медицинской помощи жителям Краснодарского края, страдающим хронической почечной недостаточностью и нуждающимся в проведении заместительной почечной терапии Комиссией Краснодарского края по координации деятельности медицинских организаций по определению тактики ведения пациентов с хронической почечной недостаточностью осуществляется учет пациентов с хронической почечной недостаточностью пациентов и формирование регистра данных пациентов в срок до 5-го числа, следующего за отчетным.

Оплата медицинской помощи пациентам с нефрологическими заболеваниями осуществляется в соответствии с предоставленным регистром.

Оплата медицинской помощи, оказанной инокраевым застрахованным лицам с нефрологическими заболеваниями осуществляется в порядке межтерриториальных взаимозачетов в соответствии Договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, оказываемой застрахованным лицам вне территории страхования (инокраевым).

4.12. Учитывая особенности оказания медицинской помощи при проведении диализа, а также пожизненный характер проводимого лечения, для оплаты указанных процедур, оказываемых в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и амбулаторно, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу.

При этом стоимость услуги диализа с учетом их фактического выполненного количества, при наличии соответствующего медицинского оборудования, необходимого для проведения диализа, является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения, если диализное лечение при наличии почечной недостаточности проводилось на базе медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по основному заболеванию.



Поправочные коэффициенты распространяются только на КСГ. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо.

4.13. При повторной госпитализации пациента в круглосуточный стационар в течение 30 дней по одному и тому же заболеванию (за исключением КСГ № 316 (в стационарных условиях), онкологического профиля, патологии беременных и реабилитации), оплата производится только при наличии медицинского обоснования.

4.14. Оказание медицинской помощи в хирургических дневных стационарах, курсов химиотерапии, проводимых пациентам (взрослым) с онкологическими заболеваниями проводится на основе стандартов медицинской помощи, в том числе в условиях дневного стационара с оплатой за законченный случай лечения по соответствующей КСГ (КСГ № 119, МКБ Z 51.1).

Лекарственное обеспечение данной категории пациентов осуществляется в соответствии с законодательными и иными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, в том числе за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

4.15. За счет средств обязательного медицинского страхования оплачивается доабортное консультирование беременных женщин медицинскими психологами (психологами, специалистами по социальной работе), а также оказание медицинской помощи в стационарных условиях в отделениях сестринского ухода женщинам в период беременности, проживающим в районах, отдаленных от акушерских стационаров и не имеющих прямых показаний для направления в отделение патологии беременности, но нуждающимся в медицинском наблюдении для предотвращения развития возможных осложнений.

4.16. Финансовое обеспечение проведения гистологических и цитологических исследований пациентов патологоанатомическими отделениями медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования медицинских организаций.

4.17 За счет средств ОМС осуществляется оплата труда работников медицинской организации, не имеющих медицинского образования, которые участвуют в оказании медицинской помощи, в том числе медицинской реабилитации, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

4.18. В случае превышения тарифа на оплату медицинской помощи, рассчитанного по КСГ в сравнении с нормативом финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи

по соответствующему методу, тариф по КСГ установлен на уровне норматива по ВМП.

4.19. Режим работы дневного стационара определяется руководителем медицинской организации с учетом мощности медицинской организации (ее структурного подразделения) и объемов проводимых медицинских мероприятий (в 1 или 2 смены).

Число пациенто-дней в дневном стационаре при больничном учреждении определяется по режиму работы круглосуточного стационара.

При подсчете пациенто-дней в дневном стационаре при амбулаторно-поликлиническом учреждении исключаются выходные дни (кроме экстракорпорального оплодотворения).

В дневном стационаре при больничном учреждении и в дневном стационаре при амбулаторно-поликлиническом учреждении день поступления и день выписки считать за два дня.

4.20. В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе профилактических медицинских осмотров в связи с занятиями физической культурой и спортом.

При этом, проведение медицинского наблюдения и контроля за состоянием здоровья лиц, занимающихся спортом и выступающих на соревнованиях в составе сборных команд, оценка уровня из физического развития, выявление состояний и заболеваний, являющихся противопоказаниями к занятиям спортом, не подлежит оплате из средств обязательного медицинского страхования.

## **5. Заключительные положения**

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяется на отношения, возникшие с 1 января 2018 года, и действует до принятия нового.

5.2. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются его неотъемлемой частью с момента их подписания сторонами.

5.3. В целях обеспечения финансовой устойчивости сферы ОМС на территории Краснодарского края, тарифы на медицинские услуги и подушевые нормативы финансирования подвергаются индексации в зависимости от суммы средств, направляемой на финансирование

Территориальной программы ОМС, путем применения коэффициентов индексации тарифов.

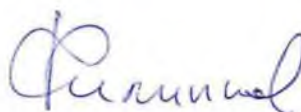
5.4. Коэффициенты (К) индексации тарифов могут дифференцироваться по условиям и уровням оказания медицинской помощи, по отдельным статьям (подстатьям) расходов в тарифах.

5.5. Медицинские организации используют поступившие средства на расходы, определенные Тарифным соглашением.

5.6. Любые изменения и (или) дополнения, вносимые в настоящее Тарифное соглашение, действительны, если они совершены в письменной форме и подписаны представителями сторон.

5.7. Способы и порядок оплаты медицинской помощи, оказанной на территории Краснодарского края по Территориальной программе ОМС, разрабатываются Министерством здравоохранения Краснодарского края совместно с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Краснодарского края и выносятся на рассмотрение и утверждение Комиссии.

Председатель комиссии,  
министр здравоохранения  
Краснодарского края



Е.Ф. Филиппов

Директор Территориального фонда  
обязательного медицинского страхования  
Краснодарского края,  
заместитель председателя комиссии



Н.А. Губриева

Члены Комиссии:

Начальник финансово-экономического  
управления министерства здравоохранения  
Краснодарского края



Л.Б. Морозова

Начальник отдела ценообразования  
и экономического анализа  
Территориального фонда обязательного  
медицинского страхования

Т.А. Пименова

Директор филиала общества  
с ограниченной ответственностью  
«РГС – Медицина» - Росгосстрах -  
Краснодар - Медицина»

О.Д. Головенко

Директор Краснодарского филиала  
общества с ограниченной  
ответственностью «АльфаСтрахование - ОМС»

Н.В. Полушкина

Член Краснодарской краевой общественной  
организации медицинских работников,  
главный врач муниципального бюджетного  
учреждения здравоохранения  
«Городская поликлиника №3» г. Краснодар

В.В. Коларж

Член Краснодарской краевой общественной  
организации медицинских работников,  
главный врач государственного бюджетного  
учреждения здравоохранения «Краевая клиническая  
стоматологическая поликлиника»  
министерства здравоохранения  
Краснодарского края

С.А. Коровашкин

Член Краснодарской краевой общественной  
организации медицинских работников,  
главный врач муниципального бюджетного  
учреждения здравоохранения  
«Детская городская клиническая  
больница №1» г. Краснодар

А.А. Тетенкова

Председатель Краснодарской краевой  
организации профессионального  
союза работников здравоохранения

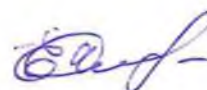
Т.А. Петренко

Заведующая отделом экономической  
работы и заработной платы Краснодарской  
краевой организации профессионального  
союза работников здравоохранения



Л.Л. Дьяченко

Ведущий специалист отдела  
по вопросам социально – экономических  
интересов трудящихся  
Краснодарского краевого объединения  
организаций профсоюзов



Е.А. Степанова

СОГЛАСОВАНО

Протокол заседания  
комиссии по разработке  
Территориальной программы  
обязательного медицинского  
страхования  
от 13.12.2014 года № 11