Приложение

к Соглашению № 10

об утверждении

Тарифного соглашения

на медицинскую помощь

в системе обязательного

медицинского страхования

Забайкальского края на 2017 год

от 30 декабря 2016 года

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**

**НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

**НА 2017 ГОД**

**I. Общие положения.**

1.1. Настоящее Тарифное соглашение на медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края (далее – Тарифное соглашение) разработано в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 года №158н, ежегодно утверждаемой Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Забайкальского края, и другими нормативными правовыми актами, регулирующими отношения в системе обязательного медицинского страхования граждан.

Тарифное соглашение разработано в целях установления общих принципов оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края, в соответствии с ежегодно утверждаемой Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Забайкальского края (далее – Территориальная программа).

1.2. Тарифное соглашение заключается между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со [статьей 76](consultantplus://offline/ref=DB10A61553F8F32CFB93E6C4E39441672D631B774FB229C2657510EA2B4D21B0793B4CB51B440EBBJ2xDB) Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, созданной на территории Забайкальского края в соответствии с [частью 9 статьи 36](consultantplus://offline/ref=DB10A61553F8F32CFB93E6C4E39441672D631B7642B229C2657510EA2B4D21B0793B4CB51B440EBAJ2xCB) Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

1.3. В Тарифном соглашении используются следующие термины и определения, установленные Федеральными законами от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - закон об ОМС) и от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – закон об охране здоровья граждан), а также принятые в настоящем Тарифном соглашении:

1.3.1. **Первичная медико-санитарная помощь** является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

1.3.2. [**Специализированная**](consultantplus://offline/ref=7A16E150D445D6EAC627C66DFEA5C9ED17105217ADD950CA57659B0380493FDF5CABA2F06BF34080i4q2I) **медицинская помощь** оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

1.3.3. **Высокотехнологичная медицинская помощь** – часть специализированной медицинской помощи, включающая в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

1.3.4. [**Скорая**](consultantplus://offline/ref=87512CA5D6ACCF35E1D20CB64FCA50D70CFE32FAB33D689625D99101A1A7F7B378A352DC8A6AA484jBr6I)**, в том числе скорая специализированная** медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно.

1.3.5. **Экстренная медицинская помощь** – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента.

1.3.6. **Неотложная медицинская помощь** – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

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

1.3.8. **Посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме –** посещение при возникновении внезапных острых заболеваний, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи.

1.3.9. **Обращение по поводу заболевания –** законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

1.3.10. **Врачебное посещение** (посещение пациентом врача в поликлинике (амбулатории), диспансере, женской консультации или посещение пациента врачом на дому) - это контакт пациента с врачом, ведущим амбулаторный (в том числе консультативный) прием, по любому поводу с последующей записью в амбулаторной карте (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

1.3.11. **Посещение приемного покоя** - случай оказания неотложной медицинской помощи (с использованием параклинических методов исследования) в приемном отделении (приемном покое) стационара больному, не подлежащему госпитализации.

1.3.12. **Медицинские организации (далее – МО)** – имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с законом об ОМС организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

1.3.13.**Медицинские организации, имеющие прикрепленных граждан** (далее – обслуживающие МО) – медицинские организации (клинические медицинские центры, поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций) любой формы собственности, участвующие в реализации Территориальной программы и имеющие прикрепленных граждан, застрахованных по ОМС (кроме медицинских организаций, указанных в Приложении №1 к Тарифному соглашению), оплата медицинской помощи которых осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу за прикрепленного гражданина, сформированному с учетом системы взаиморасчетов.

1.3.14. **Медицинские организации, не имеющие прикрепленных граждан** (далее – МО-исполнители) - медицинские организации (стационары, дневные стационары медицинских организаций, поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций), оказывающие внешние медицинские услуги. Обслуживающая МО является одновременно МО-исполнителем в случае оказания внешних медицинских услуг неприкрепленным гражданам.

**Страховые медицинские организации** (далее – СМО) - страховые организации, имеющие лицензию на осуществление деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке, и включенные в реестр страховых медицинских организаций.

1.3.15. **Внешние медицинские услуги** - консультативные, диагностические, лечебные медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях (далее - консультативные, диагностические, лечебные медицинские услуги), медицинская помощь, оказываемая в плановой форме в стационарных условиях (далее - плановая стационарная помощь), медицинская помощь, оказываемая в условиях дневных стационаров всех типов (далее - стационарозамещающая помощь), оказываемые застрахованным по ОМС гражданам, не прикрепленным к МО-исполнителю, по направлению обслуживающей МО, а также в бесспорном порядке.

1.3.16. **Направление** - документ, оформленный обслуживающей МО и выданный прикрепленному гражданину с целью получения им внешних медицинских услуг в МО-исполнителях, подлежащий строгой отчетности для осуществления учета объемов оказанной медицинской помощи и контроля в системе взаиморасчетов между медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы.

1.3.17. **Система взаиморасчетов** - способ подушевого финансирования обслуживающей МО, при котором подушевой норматив включает финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность обслуживающей МО и дополнительные средства (фонды), за счет которых производятся взаиморасчеты за внешние медицинские услуги, оказанные прикрепленным к обслуживающей МО гражданам в МО-исполнителях по тарифам для взаиморасчетов, действующим в сфере ОМС.

1.3.18. **Дифференцированный подушевой норматив финансирования обслуживающей МО** - ежемесячный объем финансирования конкретной обслуживающей МО на 1 прикрепленного гражданина, застрахованного по ОМС, рассчитанный на основе положений Методики определения подушевых нормативов и утверждаемый в рамках настоящего Тарифного соглашения.

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

1.3.20. **Законченный случай лечения в стационаре** - случай оказания медицинской помощи по основному заболеванию в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи, с предоставлением лечебно-диагностических и консультативных услуг врачей-специалистов при наличии сопутствующего заболевания и/или возникающих острых состояниях от момента поступления до выбытия (выписка, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение, отказ от медицинского вмешательства, самовольный уход, смерть) пациента.

1.3.21. **Способ оплаты медицинской помощи** - установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и территориальной программой способ финансирования медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в тех или иных условиях, установленных законом об охране здоровья граждан.

1.3.22. **Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи** (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) - тариф на оплату скорой медицинской помощи в расчете на 1 застрахованного гражданина, обслуживаемого станцией скорой медицинской помощи или отделениями скорой медицинской помощи, входящими в состав медицинских организаций.

1.3.23. **Условная единица трудоемкости (далее – УЕТ)** – норматив времени, затрачиваемый при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врачом-стоматологом и зубным врачом на терапевтическом, хирургическом, ортодонтическом приеме.

1.3.24. **Оплата на основе согласованных объемов** – способ оплаты медицинской помощи, при котором размер оплаты определяется стоимостью согласованных объемов медицинской помощи.

1.3.25. **Реестр счетов** - реестр персонифицированных сведений о пролеченных пациентах и об оказанной им медицинской помощи на основе данных медицинской документации, который ежемесячно формируется медицинской организацией в соответствии с нормативными правовыми актами в сфере ОМС и представляется в страховую медицинскую организацию (далее - СМО) в порядке и сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

1.3.26. **Коридор риска** – диапазон показателей исполнения плановых объемов медицинской помощи, влияющий на размер оплаты медицинской помощи.

1.3.27. **Оплата медицинской помощи по КСГ** - оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратоемкости и поправочных коэффициентов.

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

1.3.29. **Коэффициент относительной затратоемкости** – коэффициент затратоемкости клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний, отражающий отношение ее затратоемкости к базовой ставке.

1.3.30. **Коэффициент территориальной дифференциации** – коэффициент, учитывающий дифференциацию расходов медицинских организаций на оказание медицинской помощи;

1.3.31**. Управленческий коэффициент** – коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и/или учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе.

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

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

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

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

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

1.4. Способы и порядок оплаты медицинской помощи, не предусмотренные Тарифным соглашением, не применяются.

1.5. Перечень заболеваний, виды, объемы и условия предоставления медицинской помощи, оказываемой населению за счет средств ОМС, определяются Территориальной программой. Объем средств на финансирование Территориальной программы определяется на основании закона о бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Забайкальского края (далее – Фонд,) на очередной год, утвержденного в установленном порядке.

1.6. Прикрепление застрахованных граждан к медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляется на основании заявления о выборе медицинской организации в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2012 г. №406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» и приказом Минздрава России от 21.12.2012г. № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи», а по территориальному принципу - в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Забайкальского края от 23 июля 2013 года №335 «Об утверждении зон обслуживания учреждениями здравоохранения Забайкальского края» (с учетом внесенных изменений). Фонд ежемесячно представляет медицинской организации и страховой медицинской организации (в срок не позднее 5-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным) приказ об утверждении численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных граждан (далее – приказ о прикреплении) на отчетный период.

1.6.1. В случае реорганизации **в форме слияния** медицинских организаций, работающих в системе ОМС, граждане, прикрепившиеся по заявлению на обслуживание к каждой из реорганизуемых медицинских организаций в соответствии с приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2012г. № 406н, с момента завершения реорганизации считаются прикрепленными **к вновь созданной медицинской организации.**

1.6.2. В целях соблюдения прав граждан, указанных в п. 1.6.1., на выбор медицинской организации, вновь созданная медицинская организация размещает информацию о проведенной реорганизации, а также о праве выбора медицинской организации и порядке его осуществления в соответствии с приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2012г. №406н на своем информационном стенде.

1.6.3. В случае реорганизации медицинской организации **в форме присоединения** к другой медицинской организации, работающей в системе ОМС, граждане, прикрепившиеся по заявлению на обслуживание к реорганизуемой медицинской организации в соответствии с приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2012г. №406н, с момента завершения реорганизации считаются прикрепленными **к медицинской организации, к которой присоединилась реорганизованная медицинская организация**.

1.6.4. В целях соблюдения прав граждан, указанных в п. 1.6.3., на выбор медицинской организации, медицинская организация, к которой присоединилась реорганизованная медицинская организация, размещает информацию о проведенной реорганизации, а также о праве выбора медицинской организации и порядке его осуществления в соответствии с приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2012г. №406н на своем информационном стенде.

1.7. Для отделений (станций) скорой медицинской помощи численность прикрепленных застрахованных граждан формируется по территории зоны обслуживания. Фонд ежемесячно представляет медицинской организации и страховой медицинской организации (в срок не позднее 5-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным) приказ об утверждении численности прикрепленных застрахованных граждан по территории зоны обслуживания (далее – приказ о прикреплении СМП) на отчетный период.

1.8. Для вновь созданных медицинских организаций, образованных в результате проведенной реорганизации юридических лиц в форме слияния, срок подачи уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования составляет один месяц с момента внесения записи о такой организации в Единый государственный реестр юридических лиц.

При этом, созданная путем реорганизации в форме слияния медицинская организация при подаче уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования вправе приложить к нему копии лицензий реорганизованных медицинских организаций в случае осуществления деятельности, указанной в таких лицензиях, с условием представления сведений о переоформленной лицензии в течение двух рабочих дней с даты ее получения.

1.9. В системе обязательного медицинского страхования оплате подлежат лицензированные виды медицинской помощи.

1.10. В соответствии с действующим законодательством стороны, участвующие в приеме-передаче данных в системе обязательного медицинского страхования, несут ответственность за передачу сторонним лицам сведений из полученных реестров, составляющих врачебную тайну, а также персональных данных.

**II. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

2.1. Порядок оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования определяется Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 года №158н (далее – Правила ОМС), а также условиями заключаемых в соответствии с утвержденной формой между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Договор).

2.2. Оплата медицинской помощи производится СМО на основании счетов, сформированных в сроки и порядке, установленные Договором и дополнительными соглашениями к нему, Правилами ОМС и Методическими указаниями по представлению информации в сфере ОМС, утвержденными Федеральным фондом ОМС от 30 декабря 2011 года №9161/30-1/и (далее – Методические указания).

2.3. СМО ежемесячно перечисляют медицинской организации аванс в размере, порядке и сроки, установленные Договором. При расчете размера аванса среднемесячный объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи по ОМС, определяется исходя из суммы оплаты медицинской помощи по ОМС за последние 3 месяца, предшествующие отчетному периоду.

2.4. Окончательный расчет за оказанную медицинскую помощь отчетного периода производится СМО с учетом выплаченного аванса путем оплаты счетов, предъявленных медицинской организацией, в размере, порядке и сроки, установленные Договором. Счета предъявляются в СМО на оплату в порядке и сроки, установленные Договором, [Правилами](consultantplus://offline/ref=BD573B32C90AC61348FBF8B745DBA68CB5A37DFE19344AF0D4F4DE963725BB8F599352ACD0290CE7u2kFX) и Методическими [указаниями](consultantplus://offline/ref=BD573B32C90AC61348FBF8B745DBA68CB5A47AFA12364AF0D4F4DE963725BB8F599352ACD0290CE6u2k7X) с учетом отдельных положений, установленных Тарифным соглашением.

2.5. Отчетным периодом, за который производится оплата медицинской помощи, принимается календарный месяц.

2.6. СМО при расчетах с медицинскими организациями осуществляют контроль стоимости объемов медицинской помощи, установленной для медицинских организаций решением Краевой комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Забайкальского края (далее – Комиссия).

2.7. Оплата реестров счетов медицинских организаций осуществляется СМО в размере, не превышающем расчетную стоимость объемов медицинской помощи (далее - текущий лимит) в месяце, за который проводится оплата медицинской помощи.

2.8. Оплата реестров счетов медицинских организаций осуществляется СМО в размере, не превышающем годовую стоимость объемов медицинской помощи (годовой лимит) суммарно по всем видам диспансеризации, по высокотехнологичной медицинской помощи и по профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан.

2.9. Размер текущего лимита для медицинской организации,кроме обслуживающих МО, определяется в разрезе видов медицинской помощи, оказываемой амбулаторно, стационарно и в условиях дневного стационара, в следующем порядке:

Лiтек. = (Лiгод. – МПiопл.)/Ком., где

Лiтек. – текущий лимитi-й МО, руб.

Лiгод. – годовой лимит i-й МО, руб.

МПiопл. – стоимость оплаченной медицинской помощи i-й МО за месяцы, предшествующие расчетному периоду, руб.

Ком. – количество оставшихся месяцев в году, за которые оплата медицинской помощи не проводилась, ед.;

2.10. Размер текущего лимита для обслуживающих МО определяется в следующем порядке:

- по экстренной медицинской помощи в стационарных условиях:

Лiтек. = (Лiгод. – МПiопл.)/Ком., где

Лiтек. – текущий лимитi-й МО, руб.

Лiгод. – годовой лимит i-й МО, руб.

МПiопл. – стоимость оплаченной медицинской помощи i-й МО за месяцы, предшествующие расчетному периоду, руб.

Ком. – количество оставшихся месяцев в году, за которые оплата медицинской помощи не проводилась, ед.;

- по плановой медицинской помощи, оказываемой амбулаторно, стационарно и в условиях дневного стационара, контроль лимита страховыми медицинскими организациями осуществляется в пределах годовой стоимости.

**Расчеты СМО с обслуживающими МО**

2.11. Обслуживающие МО формируют счета на оплату медицинской помощи и предъявляют их в СМО в порядке и сроки, установленные Договором, Правилами ОМС и Методическими [указаниями](consultantplus://offline/ref=BD573B32C90AC61348FBF8B745DBA68CB5A47AFA12364AF0D4F4DE963725BB8F599352ACD0290CE6u2k7X).

Сумма предъявленного счета рассчитывается исходя из количества застрахованных граждан, прикрепленных к обслуживающей МО, на основании приказа Фонда и дифференцированного подушевого норматива финансирования обслуживающей МО, а также стоимости услуг, не входящих в систему взаиморасчетов.

2.12. Сумма финансирования обслуживающей МО за отчетный месяц за счет средств дифференцированного подушевого норматива рассчитывается по формуле:

СФ = N x Чпр – Sвш, где:

СФ – сумма финансирования, руб.;

N - утвержденный Соглашением дифференцированный подушевой норматив финансирования обслуживающей МО на одного застрахованного прикрепленного гражданина, руб.;

Чпр - численность граждан, прикрепленных к обслуживающей МО и застрахованных конкретной СМО, согласно приказу о прикреплении за отчетный период, чел.;

Sвш - сумма, включающая стоимость за внешние консультативные, лечебные и диагностические медицинские услуги, оказанные в амбулаторных условиях МО-исполнителей (Sкду), стоимость оказанной медицинской помощи в условиях стационара МО-исполнителями (Sст) и   стоимость оказанной медицинской помощи в условиях дневного стационара МО-исполнителями (Sдс), принятая СМО к оплате за внешние медицинские услуги, оказанные МО-исполнителями гражданам, прикрепленным к обслуживающим МО, с учетом результатов медико-экономического контроля, отраженная в сводном счете, направленном СМО обслуживающей МО в соответствии с Тарифным соглашением, руб.

В случае превышения сумм, принятых СМО за внешние медицинские услуги, над суммой финансирования обслуживающей МО за отчетный месяц, рассчитанной в соответствии с данным подразделом, СМО удерживает сумму данного превышения со счета за следующий отчетный период. СМО отражает данные удержания (уменьшения) в отчетных формах, утвержденных приказом Фонда.

2.13. Оплата плановой стационарной или стационарзамещающей медицинской помощи, оказанной обслуживающей МО прикрепленным к ней гражданам, осуществляется за счет средств диффиренцированного подушевого норматива.

2.14. Оплата внешних медицинских услуг осуществляется согласно разделу «Тарифы на оплату внешних консультативных, диагностических и лечебных амбулаторно-поликлинических услуг для проведения взаиморасчетов и при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Забайкальского края в других субъектах» Приложения № 2 к Тарифному соглашению.

**Расчеты СМО с МО-исполнителем**

2.15. МО-исполнители формируют счета на оплату медицинской помощи и предъявляют их в СМО в порядке и сроки, установленные Договором, Правилами ОМС и Методическими [указаниями](consultantplus://offline/ref=BD573B32C90AC61348FBF8B745DBA68CB5A47AFA12364AF0D4F4DE963725BB8F599352ACD0290CE6u2k7X).

2.16. СМО в срок не позднее 19-го числа месяца после окончания отчетного периода проводит медико-экономический контроль оказания медицинской помощи в соответствии с [Порядком](consultantplus://offline/ref=BD573B32C90AC61348FBF8B745DBA68CB5A47CF81A304AF0D4F4DE963725BB8F599352ACD0290CE6u2k6X) организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утвержденным Приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 (далее - Порядок организации и проведения контроля).

2.17. СМО в срок не позднее 20-го числа месяца, следующего за отчетным периодом, направляет полученные от МО-исполнителя персонифицированные сведения о пролеченных больных и об оказанных им в отчетном периоде внешних медицинских услугах каждой обслуживающей МО в соответствии с формой, приведенной в Приложении № 11 к Тарифному соглашению «Реестр медицинских услуг, оказанных МО-исполнителями».

2.18. Обслуживающая МО проводит проверку полученных от СМО персонифицированных сведений о пролеченных больных и об оказанных им в отчетном периоде внешних медицинских услугах МО-исполнителем на соответствие собственному учету выписанных первичных направлений прикрепленных граждан и направлений врача-специалиста МО-исполнителя к другому врачу-специалисту этой же или другой медицинской организации при наличии первичного направления врача обслуживающей МО.

2.19. При необходимости обслуживающая МО в срок не позднее 27-го числа второго месяца, следующего за отчетным, предоставляет в СМО письмо-отказ с исходящим номером отправителя в соответствии с типовой формой (Приложение № 5), в котором (в виде выписки из реестра счетов МО-исполнителя) указываются пациенты и оказанные им услуги, оплату которых обслуживающая МО не подтверждает (далее письмо-отказ обслуживающая МО). Письмо-отказ обслуживающей МО должно быть согласовано с МО-исполнителем и подписано руководителями или уполномоченными лицами обеих сторон. Письма-отказы обслуживающих МО, не согласованные с МО-исполнителями, а также письма-отказы по реестрам счетов отчетного периода, представленные по истечении указанного срока, страховыми медицинскими организациями к рассмотрению не принимаются.

2.20. СМО на основании согласованного письма-отказа обслуживающей МО проводит удержание средств, ранее оплаченных МО-исполнителю, и осуществляет их возврат обслуживающей МО.

Возражения обслуживающих МО и МО-исполнителей по содержанию подписанных ими согласованных писем-отказов, а также по оплате медицинской помощи, произведенной на основании таких согласованных писем-отказов, СМО к рассмотрению не принимаются, за исключением случаев, когда удержанные с МО-исполнителя и возвращенные обслуживающей МО суммы не соответствуют суммам, указанным в согласованных письмах-отказах.

**Порядок оформления и учета направлений**

2.21. Показания для направления прикрепленных граждан в медицинские организации края определяет врач-специалист обслуживающей МО, осуществляющий амбулаторный прием. Направление оформляется в соответствии с учетной формой № 057/у-04, утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 года № 255, заверяется подписью врача-специалиста обслуживающей МО и назначенного ответственного лица (зав. отделением или др.).

Направление (либо копия) подлежит обязательному учету и хранению у врача-специалиста МО-исполнителя. Выданное пациенту направление действует в течение 30 рабочих дней со дня его выдачи.

Врач-специалист МО-исполнителя определяет объем диагностических исследований и лечебных мероприятий согласно своему профилю, которые могут быть выполнены МО-исполнителем, самостоятельно направляет гражданина на стационарную или стационарозамещающую медицинскую помощь, либо в своем заключении рекомендует обслуживающей МО проведение дополнительных консультаций, диагностических исследований и лечебных мероприятий.

2.22. Направление, выданное обслуживающей МО гражданам, имеющим хронические заболевания и нуждающимся в диспансерном наблюдении у врачей-специалистов краевых медицинских организаций, действует в течение 12 месяцев с момента его выдачи.

2.23. При направлении гражданина МО-исполнителем (далее – исполнитель 1) в другую МО-исполнитель (далее – исполнитель 2), а в случае необходимости при направлении гражданина и в следующую МО-исполнитель, исполнитель 1 и последующие исполнители к своему направлению прилагают копию первичного направления от обслуживающей МО.

2.24. Учет направлений в электронной форме осуществляется согласно приказу ФФОМС от 20 декабря 2013 года № 263 «Об утверждении порядка информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - Порядок информационного взаимодействия сопровождения застрахованных).

2.25. При оформлении направления для прохождения исследований и (или) консультаций в рамках проведения II этапа диспансеризации детей и взрослого населения, II этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и II этапа предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних, обслуживающая МО в бланке формы   
№ 057/у-04 в пункте 8 «Обоснование направления» указывает, что гражданин направлен на II этап диспансеризации или профосмотра, с указанием конкретного вида исследования или приема специалиста.

**Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС**

2.26. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС, осуществляется Фондом в соответствии с Правилами ОМС по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением, следующими способами:

оплата медицинской помощи в стационарных условиях производится за фактическое количество законченных случаев по клинико-статистическим группам;

оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях производится за фактическое количество врачебных посещений и медицинских услуг;

оплата диспансеризации производится за фактическое количество законченных случаев, диагностических услуг и врачебных посещений;

оплата стационарозамещающей медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов, включая вспомогательные репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворение), не включенные в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, проводимые в условиях дневного стационара ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр», производится за фактическое количество законченных случаев лечения по КСГ;

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

оплата скорой медицинской помощи производится за фактическое количество выполненных вызовов.

В случае оплаты по КСГ при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, в том числе из круглосуточного стационара в дневной, в случае, если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами. При этом, по каждому случаю КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

При переводе пациента в пределах одной медицинской организации при заболевании, относящимся к одному классу МКБ – 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим коэффициентом.

В случаях перевода пациента после оказания специализированной медицинской помощи на койки профиля медицинская реабилитация, в том числе в пределах одной медицинской организации, подлежат оплате оба случая лечения заболевания в рамках соответствующих КСГ.

При дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением оплата по двум КСГ:

2 «Осложнения, связанные с беременностью» и 4 «Родоразрешение», а также 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 МКБ-10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

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

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

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

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

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

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

К прерванным относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно. Порядок оплаты прерванных случаев лечения распространяется и на профиль медицинская реабилитация. Исключениями из прерванных случаев в круглосуточном стационаре являются КСГ № 2, 3, 4, 5, 11, 12, 16, 84, 97, 146, 154, 155, 159, 160, 161, 185, 206, 258, 287, 300, 302, 306, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения.

Случаи лечения по терапевтическим КСГ при фактической длительности госпитализации до 3-х дней включительно оплачиваются в размере 30% от стоимости одного случая лечения в стационаре по КСГ (ССсл).

Если при фактической длительности госпитализации до 3-х дней пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, оплата осуществляется в размере 80% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ. Если указанная хирургическая операция не выполнена, случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

При лечении по профилю медицинская реабилитация в условиях круглосуточного и дневного стационара предусмотрены критерии для определения индивидуальной маршрутизации взрослых и детей на этапе оказания реабилитационной помощи в соответствии с п. 5.3. Рекомендаций по КСГ.

**Порядок оплаты реестров медицинских организаций при отказе в предоставлении средств из нормированного страхового запаса**

2.27. При недостатке средств целевого финансирования на оплату реестров медицинских организаций СМО обращается в ТФОМС с заявкой о предоставлении дополнительных средств из нормированного страхового запаса в порядке, установленном законодательством.

В случае отказа ТФОМС в предоставлении дополнительных средств из нормированного страхового запаса, СМО оплачивает счета медицинских организаций в отчетном периоде по единому проценту оплаты, который определяется по формуле:

Попл = Цср/Смп \* 100%, где

Попл – единый процент оплаты счетов-реестров медицинских организаций,%

Цср – целевые средства, предназначенные на оплату медицинской помощи в отчетном периоде, руб.

Смп – стоимость медицинской помощи, подлежащей оплате в отчетном периоде, руб.

В случае предоставления ТФОМС дополнительных средств из нормированного страхового запаса по заявке СМО не в полном объеме, счета медицинских организаций в отчетном периоде оплачиваются СМО по единому проценту оплаты, который определяется по формуле:

Попл = (Цср+Цнсз)/Смп \* 100%, где

Попл – единый процент оплаты счетов-реестров медицинских организаций,%

Цср – целевые средства, предназначенные на оплату медицинской помощи в отчетном периоде, руб.

Цнсз – целевые средства из НСЗ на дополнительное финансовое обеспечение территориальной программы ОМС Забайкальского края по заявке СМО, руб.

Смп – стоимость медицинской помощи, подлежащей оплате в отчетном периоде, руб.

**Сроки предоставления реестров за оказанную медицинскую помощь в ТФОМС Забайкальского края**

2.28. Реестры оказанной медицинской помощи представляются медицинскими организациями в ТФОМС в первый рабочий день месяца, следующего за отчетным. Исправленные реестры принимаются до 17 часов 00 минут (время местное) третьего рабочего дня месяца, следующего за отчетным.

2.29. ТФОМС в процессе обработки реестров оказанной медицинской помощи производит форматно-логический контроль поступивших реестров, определяет страховую принадлежность застрахованного лица и передаёт эту информацию в медицинскую организацию.

Обработанные реестры 7-го числа месяца, следующего за отчетным, ТФОМС передаёт в СМО. В случае если 7-ое число приходится на праздничный или выходной день, то ТФОМС передает реестры в первый рабочий день, следующий за нерабочим. Для передачи в СМО берется последний предоставленный реестр от медицинских организаций по состоянию на 17 часов 00 минут (время местное) третьего рабочего дня.

2.30. Сроки подачи реестров в январе, мае и ноябре в связи с праздничными нерабочими днями, выпадающими на начало месяца, доводятся ТФОМС до медицинских организаций и СМО дополнительно.

**СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,   
ОКАЗАННОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

2.31. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, на территории Забайкальского края применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

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

за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

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

Медицинские услуги (коды 622005-622015) подлежат оплате, при условии выполнения полного комплекса медицинских услуг, за период не превышающий 60 календарных дней с момента начала предоставления данных медицинских услуг. В случае если полный комплекс медицинских услуг не выполнен, оплата производится за фактически выполненные услуги по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением.

**Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, включенной в систему взаиморасчетов**

2.32. В системе взаиморасчетов в качестве обслуживающих МО (Приложение № 1) участвуют оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях медицинские организации любой формы собственности, участвующие в реализации Территориальной программы и имеющие прикрепленных граждан, застрахованных по ОМС, а в качестве МО-исполнителей - оказывающие внешние медицинские услуги медицинские организации любой формы собственности, участвующие в реализации Территориальной программы и не имеющие прикрепленных граждан, застрахованных по ОМС.

2.33. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях лицам, застрахованным на территории Забайкальского края, осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом средневзвешенного интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива, определенного для групп обслуживающих МО на основании следующих коэффициентов (Приложение № 9):

- коэффициент дифференциации по заработной плате и процентной надбавке к заработной плате, уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций;

- половозрастной коэффициент дифференциации;

- коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание фельшерско-акушерских пунктов в медицинских организациях.

Расчет средств на собственную деятельность обслуживающих МО осуществляется с учетом выполнения показателей результативности деятельности медицинских организаций (Приложение № 15 ), оказывающим влияние на формирование стимулирующей части дифференцированного подушевого норматива. Оценка выполнения показателей производится Фондом ежемесячно по данным соответствующих отчетных форм. Размер стимулирующей части дифференцированного подушевого норматива корректируется на фактически сложившийся процент выполнения показателей результативности деятельности обслуживающей МО. Уровень выполнения показателей определяется отношением фактического количества набранных баллов к максимальному (нормативному) количеству баллов.

Доля основной части дифференцированного подушевого норматива составляет 97 %, доля стимулирующей части – 3 %.

2.34. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях обслуживающей МО прикрепленным к ней гражданам, производится СМО за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования путем ежемесячного перечисления средств в установленном порядке, на основании счета, принятого к оплате СМО, с учетом удержания из суммы счета средств, перечисляемых МО-исполнителям за оказание медицинской помощи прикрепленным к обслуживающей МО застрахованным гражданам.

2.35. Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования (ДПНi) для обслуживающих МО предусматривает объем финансирования медицинской организации на собственную деятельность и включает фонды для оплаты внешних медицинских услуг, за исключением средств на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях пациентам в приемных отделениях (приемных покоях) стационаров, госпитализация которых не состоялась, медицинской помощи, оказываемой беременным женщинам по поводу состояния, связанного с беременностью и родами, первого и второго этапов диспансеризации взрослого населения, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семьи, профилактических медицинских осмотров взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 06 декабря 2012 года № 1011н, медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе предварительных, периодических и профилактических осмотров в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 года № 1346н, медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме, высокотехнологичной медицинской помощи, экстренной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, медицинской помощи, оказываемой в Центрах здоровья, в отделениях гемодиализа и перитониального диализа, медицинской помощи, оказываемой в ГУЗ «Краевая клиническая больница» (перинатальный центр), в ГУЗ «Краевая больница №4» (перинатальный центр), в ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр», в ГУЗ «Городской родильный дом», в травматологическом пункте ГУЗ «Городская клиническая больница № 1», в ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница».

2.36. Дифференцированные подушевые нормативы ежемесячно утверждаются протоколом Комиссии и доводятся ТФОМС до сведения СМО в течение пяти рабочих дней после даты утверждения. СМО осуществляет финансирование обслуживающих МО в соответствии с утвержденными дифференцированными подушевыми нормативами и численностью застрахованных граждан, прикрепленных к медицинской организации.

2.37. Определение ТФОМС численности прикрепленных к медицинским организациям граждан, а также обработка в СМО реестров счетов медицинских организаций осуществляется на основании ведущегося в ТФОМС регистра прикрепленных к медицинской организации граждан по состоянию на последний день отчетного месяца.

2.38. Оплата внешних консультативных, диагностических, лечебных амбулаторных услуг, оказанных МО-исполнителем прикрепленному к обслуживающей МО гражданину по направлению врача-специалиста обслуживающей МО или при необходимости по направлению врача-специалиста МО-исполнителя при наличии у последнего первичного направления врача обслуживающей МО в отношении того же прикрепленного гражданина, а также в случае оказания МО-исполнителем экстренной медицинской помощи в амбулаторных условиях неприкрепленным к ней гражданам, производится СМО за фактическое количество оказанных внешних услуг за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования обслуживающей МО.

2.39. Оплата стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, производится по способу оплаты за УЕТ в соответствии с классификатором основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, выраженной в УЕТ по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением (Приложение № 16 к Тарифному соглашению).

**Оплата медицинской помощи в бесспорном порядке**

2.40. В системе взаиморасчетов **в бесспорном порядке** (без представления направления) принимается к оплате:

1) медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях:

- застрахованным по ОМС детям, находящимся в дошкольном образовательном учреждении, оказанная специалистом медицинского кабинета, действующего при таком дошкольном образовательном учреждении;

- застрахованным по ОМС учащимся общеобразовательного учреждения, оказанная специалистом медицинского кабинета, организованного при таком общеобразовательном учреждении;

2) медицинская помощь гражданам, застрахованным по ОМС, при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования и призыве на военные сборы, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе;

3) при проведении осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования застрахованных по ОМС граждан, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей (в случае, если указанные граждане по уважительным причинам не могут получить медицинскую помощь по месту прикрепления);

4) медицинское освидетельствование несовершеннолетнего на наличие или отсутствие у него заболевания, препятствующего его содержанию и обучению в специальном учебно-воспитательном учреждении закрытого типа;

5) посещение врача перед проведением профилактической прививки;

6) медицинская помощь, оказываемая в женских консультациях по территориально-участковому принципу на базе ГУЗ «Клинический медицинский центр г. Читы», НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст.Чита-2 открытого акционерного общества «РЖД», ГУЗ «Краевая больница № 3», ГУЗ «Краевая больница № 4»;

7) медицинская помощь, оказываемая в ГУЗ «Краевой врачебно-физкультурный диспансер»;

8) экстренная медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях медицинской организацией застрахованным гражданам, прикрепленным для оказания помощи к другим медицинским организациям и которые по состоянию здоровья или по эпидемиологическим показаниям не могут получить медицинскую помощь по месту прикрепления.

9) стоматологическая медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях.

**Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях,   
не включенной в систему взаиморасчетов**

2.41. В систему взаиморасчетов не включается медицинская помощь, оказанная медицинскими организациями, не участвующими в данной системе (Приложение №1), а также медицинская помощь, указанная в настоящем разделе Тарифного соглашения.

2.42. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, не участвующими в системе взаиморасчетов, осуществляется СМО на основании счетов ежемесячно в соответствии с количеством фактически оказанных медицинских услуг в пределах согласованных объемов и соответствующей им стоимости медицинской помощи в амбулаторных условиях по Территориальной программе, установленных решением Комиссии в разрезе каждой СМО, в соответствии с Договором (далее в настоящем разделе – в пределах согласованных объемов).

2.43. Оплата первого этапа диспансеризации взрослого населения, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется по законченному случаю проведения диспансеризации в пределах согласованных объемов.

2.44. Оплата второго этапа диспансеризации взрослого населения, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется за фактически выполненное количество оказанных услуг по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением, в пределах согласованных объемов.

Второй этап диспансеризации детей и взрослого населения считается законченным в случае проведения дополнительных осмотров врачей – специалистов и исследований с целью определения группы состояния здоровья гражданина.

Если обслуживающая МО не имеет возможности самостоятельно выполнить необходимый комплекс медицинских услуг при проведении II этапа диспансеризации, то данная медицинская организация направляет гражданина в другую медицинскую организацию.

При этом СМО оплачивает услуги медицинской организации, которая фактически выполнила данную услугу по направлению обслуживающей МО по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением:

- II этап диспансеризации взрослого населения;

- II этап диспансеризации, профилактических и предварительных медицинских осмотров детей.

2.45. Оплата профилактических медицинских осмотров взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), проводимых в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 06 декабря 2012 г. № 1011н, осуществляется за фактически выполненное количество оказанных услуг по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением, в пределах согласованных объемов.

2.46. Оплата медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе предварительных, периодических и профилактических осмотров, проводимых в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. № 1346н, осуществляется за фактически выполненное количество оказанных услуг по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением, в пределах согласованных объемов.

2.47. Оплата процедур заместительной почечной терапии производится СМО путем ежемесячной оплаты фактического количества медицинских услуг по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением, в пределах согласованных объемов.

2.48. Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях в приемных отделениях (приемных покоях) стационаров пациентам, госпитализация которых не состоялась, и в травматологическом пункте ГУЗ «Городская клиническая больница № 1», оплачивается за фактическое количество посещений по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением, в пределах согласованных объемов.

2.49. Оплата законченных случаев первичного и повторного обращений в Центры здоровья, Центры здоровья для детей производится за фактическое количество законченных случаев по тарифам, установленным Тарифным соглашением, в пределах согласованных объемов.

Законченный случай первичного обращения в Центр здоровья принимается к оплате при условии оказания гражданину всех видов медицинской помощи, установленных приказом Минздравсоцразвития России от 19 августа 2009 года №597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (далее – Приказ об организации Центров здоровья).

Законченный случай первичного обращения в Центр здоровья для детей принимается к оплате при условии оказания ребенку (подростку) всех видов медицинской помощи, установленных Приказом об организации Центров здоровья. Повторное посещение Центра здоровья, Центра здоровья для детей принимается к оплате не ранее чем через месяц с даты законченного случая первичного обращения в Центр здоровья, Центр здоровья для детей в отношении одного и того же гражданина, ребенка (подростка).

2.50. Медицинская помощь, оказываемая беременным женщинам в медицинских организациях, по поводу состояния, связанного с беременностью и родами, оплачивается за фактическое количество оказанных услуг по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением, в пределах согласованных объемов.

2.51. Медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме, оплачивается за фактическое количество оказанных услуг по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением, в пределах согласованных объемов.

.

**СПОСОБЫ ОПЛАТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ**

2.51. Оплата специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, на территории Забайкальского края осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

2.52. Плановая специализированная медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях, по КСГ подразделяется на хирургические (включающие операции) и терапевтические КСГ согласно перечню КСГ, установленному в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными информационным письмом Минздрава России N 11-8/10/2-8266, ФФОМС N 12578/26/и от 22.12.2016 года (далее – Рекомендации по КСГ).

В дополнение к Рекомендациям по КСГ письмом ФФОМС от 27.12.2016 № 12708/26-2/и предусмотрены расшифровка групп для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, расшифровка групп для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (Приложение № 14 к Тарифному соглашению) и [инструкци](consultantplus://offline/ref=84618817D32DA305DDAF06718CAB8B3817EBB4C080D18454AE8C62912329830BB8ECA9986F43677512pFD)я по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев (далее – Инструкция).

Если при оказании медицинской помощи пациенту было выполнено хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по хирургической КСГ. Отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом [Номенклатуры](consultantplus://offline/ref=BD573B32C90AC61348FBF8B745DBA68CB5A47AFF1E324AF0D4F4DE963725BB8F599352ACD0290CE7u2kFX) медицинских услуг, сгруппированных по хирургическим КСГ согласно Рекомендациям по КСГ.

В случае если в рамках одного случая лечения пациенту было оказано несколько хирургических вмешательств, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент затратоемкости.

Если при оказании медицинской помощи пациенту не выполнялось хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по терапевтической КСГ. Отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, группировка которых по терапевтическим КСГ осуществляется согласно Рекомендациям по КСГ. В случае если пациенту оказывалось оперативное лечение и коэффициент затратоемкости хирургической КСГ, к которой был отнесен данный случай, меньше коэффициента затратоемкости терапевтической КСГ, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ-10, медицинская организация вправе отнести случай лечения к терапевтической КСГ.

Исключение составляют случаи лечения, при которых данный подход формирования КСГ не применяется для приведенных ниже комбинаций КСГ. Иными словами, 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 |
| 74 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) | 0,84 | 18 | Воспалительные заболевания кишечника | 2,01 |
| 75 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) | 1,74 | 18 | Воспалительные заболевания кишечника | 2,01 |
| 160 | Операции на органе зрения (уровень 1) | 0,49 | 166 | Болезни глаза | 0,51 |
| 287 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 0,74 | 286 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые | 0,89 |
| 287 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 0,74 | 194 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети | 0,79 |
| 232 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1) | 1,2 | 229 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов | 0,64 |
| 34 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1) | 0,97 | 231 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов | 0,67 |
| 243 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) | 0,55 | 258 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани | 0,66 |

2.53. Объем финансового обеспечения медицинской организации, оказавшей плановую специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях (ФОмо), определяется как сумма стоимости всех случаев оказания такой помощи в отчетном периоде:



ССсл - стоимость одного случая лечения в стационаре по КСГ (округляется до двух знаков после запятой по математическим правилам).

2.54. Стоимость одного случая лечения в стационаре по КСГ (ССсл) определяется по формуле:

ССсл = БС x КЗксг x КТмо x КУСмо x КУксг х КСЛП, где:

БС - базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, рассчитываемая как соотношение общего объема средств, предназначенных на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по КСГ, к планируемому количеству случаев госпитализации по КСГ, и утверждаемая Тарифным соглашением;

КЗксг - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, устанавливаемый Тарифным соглашением;

КТмо - коэффициент территориальной дифференциации медицинской организации, рассчитанный в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 5 мая 2012 года № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (Приложение № 8).

КУСмо - коэффициент уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях в медицинской организации, устанавливаемый Тарифным соглашением (Приложение № 7).

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях не применяется по следующим группам КСГ круглосуточного стационара: 17, 29, 84, 95, 159, 195, 197, 199, 200, 204, 230, 243, 253, 259, 271, 272, 273, 274, 275, 300, 302, 306.

КУксг – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, при необходимости утверждается протоколом Комиссии. В случае, если данный коэффициент не установлен протоколом Комиссии, при расчете стоимости случая госпитализации значение данного коэффициента применяется равное 1.

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациентов по КСГ, устанавливаемый Тарифным соглашением, применяется при наличии следующих критериев:

- сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей до 1 года (кроме КСГ, относящихся к профилю «неонатология»)) в размере 1,5;

- сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей от 1 года до 4 лет) в размере 1,3;

- необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет) в размере 1,3;

- сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица 75 лет и старше) в размере 1,3;

- необходимость предоставления спального места и питания законному представителю пациента возраста старше 75 лет с индексом Бартела ≤ 60 баллов (для осуществления ухода) при наличии медицинских показаний в размере 1,2;

- проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ (перечень возможных сочетаний КСГ представлен в Приложении № 14) в размере 1,3;

- проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень возможных сочетанных операций представлен в Приложении № 14) в размере 1,2;

- проведение однотипных операций на парных органах (перечень возможных однотипных операций на парных органах представлен в Приложении № 14) в размере 1,2;

- предоставление спального места и питания законному представителю ребенка после достижения им возраста 4 лет при наличии медицинских показаний в размере 1,05;

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

2.55. В случае оплаты по КСГ при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, в том числе из круглосуточного стационара в дневной, в случае, если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами. При этом по каждому случаю КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

При переводе пациента в пределах одной медицинской организации при заболевании относящимся к одному классу МКБ – 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим коэффициентом.

В случаях перевода пациента после оказания специализированной медицинской помощи на койки профиля медицинская реабилитация, в том числе в пределах одной медицинской организации, подлежат оплате оба случая лечения заболевания в рамках соответствующих КСГ.

При дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением оплата по двум КСГ: 2 «Осложнения, связанные с беременностью» и 4 «Родоразрешение», а также 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 МКБ-10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

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

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

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

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

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

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

К прерванным относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно. Порядок оплаты прерванных случаев лечения распостраняется и на профиль медицинская реабилитация. Исключениями из прерванных случаев в круглосуточном стационаре являются КСГ №2, 3, 4, 5, 11, 12, 16, 84, 97, 146, 154, 155, 159, 160, 161, 185, 206, 258, 287, 300, 302, 306, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения.

Случаи лечения по терапевтическим КСГ при фактической длительности госпитализации до 3-х дней оплачиваются в размере 30% от стоимости одного случая лечения в стационаре по КСГ (ССсл).

Если при фактической длительности госпитализации до 3-х дней пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, оплата осуществляется в размере 80% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ. Если указанная хирургическая операция не выполнена, случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

При лечении по профилю медицинская реабилитация в условиях круглосуточного стационара предусмотрены критерии для определения индивидуальной маршрутизации взрослых и детей на этапе оказания реабилитационной помощи в соответствии с п. 5.3. Рекомендациями по КСГ.

**Оплата плановой специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, включенной в систему взаиморасчетов**

2.56. Оплата плановой специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях МО-исполнителем пациенту по направлению врача-специалиста обслуживающей МО, осуществляется СМО за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования обслуживающей МО за фактическое количество законченных случаев лечения по клинико-статистическим группам.

Оплата медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю медицинская реабилитация, и реабилитационных отделениях медицинских организаций осуществляется за законченный случай по КСГ.

**Оплата специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, не включенной в систему взаиморасчетов**

2.57. В систему взаиморасчетов не включается **экстренная** специализированная медицинская помощь, оказанная в стационарных условиях **всеми** медицинскими организациями, и плановая специализированная медицинская помощь, оказанная в стационарных условиях, в следующих случаях:

1) плановая специализированная медицинская помощь, оказанная в стационарных условиях по КСГ в ГУЗ «Городской родильный дом», ГУЗ «Краевая клиническая больница» (перинатальный центр), ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр», ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница», ГУЗ «Краевая больница № 4» (перинатальный центр);

Установленные тарифы оказания медицинской помощи по КСГ № 2, 4, 5, 6, 303 учитывают расходы на оказание медицинской помощи новорожденным детям.

2) плановая специализированная медицинская помощь, оказанная в стационарных условиях беременным женщинам в медицинских организациях по поводу состояния, связанного с беременностью и родами.

2.58. Специализированная медицинская помощь, оказанная в стационарных условиях по видам медицинской помощи и медицинским организациям, не включенным в систему взаиморасчетов, оплачивается за фактическое количество законченных случаев по КСГ по тарифам, установленным Тарифным соглашением, в пределах объемов и соответствующей им стоимости специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях по Территориальной программе, установленных решением Комиссии, в разрезе каждой СМО, в соответствии с Договором.

2.59. Высокотехнологичная медицинская помощь оплачивается на основе согласованных объемов медицинской помощи, утвержденных Краевой комиссией по разработке территориальной программы ОМС, по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением.

2.60. СМО проводит медико-экономическую экспертизу 100% случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи, и при необходимости, экспертизу качества медицинской помощи.

**СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

2.61. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

Оплата медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю медицинская реабилитация, и реабилитационных отделениях медицинских организаций осуществляется за законченный случай по КСГ.

2.62. Медицинская помощь, оказанная в условиях дневного стационара, по КСГ подразделяется на хирургические (включающие операции) и терапевтические КСГ согласно перечню КСГ, установленному в соответствии с Рекомендациями по КСГ.

Если при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара пациенту было выполнено хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по хирургической КСГ. Отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры медицинских услуг, сгруппированных по хирургическим КСГ согласно Рекомендациям по КСГ.

В случае, если в рамках одного случая лечения пациенту было оказано несколько хирургических вмешательств, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент затратоемкости.

Если при оказании медицинской помощи пациенту не выполнялось хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по терапевтической КСГ. Отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, группировка которых по терапевтическим КСГ определяетсясогласно Рекомендациям по КСГ. В случае если пациенту оказывалось оперативное лечение и коэффициент затратоемкости хирургической КСГ, к которой был отнесен данный случай, меньше коэффициента затратоемкости терапевтической КСГ, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ-10, медицинская организация вправе отнести случай лечения к терапевтической КСГ.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

К прерванным относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно. Порядок оплаты прерванных случаев лечения распостраняется и на профиль медицинская реабилитация. Исключениями из прерванных случаев в круглосуточном стационаре являются КСГ №1, 3, 4, 6, 7, 36, 108, 54, 56, 57, 60, 62, 63, 71, 75, 102, 111 по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения.

Случаи лечения по терапевтическим КСГ при фактической длительности госпитализации до 3-х дней оплачиваются в размере 30% от стоимости одного случая лечения в стационаре по КСГ (ССсл).

Если при фактической длительности госпитализации до 3-х дней пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, оплата осуществляется в размере 80% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ. Если указанная хирургическая операция не выполнена, случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

При лечении по профилю медицинская реабилитация в условиях дневного стационара предусмотрены критерии для определения индивидуальной маршрутизации взрослых и детей на этапе оказания реабилитационной помощи в соответствии с п. 5.3. Рекомендациями по КСГ.

2.63. Объем финансового обеспечения медицинской организации, оказавшей плановую медицинскую помощь в стационарных условиях (ФОмо), определяется как сумма стоимости всех случаев оказания такой медицинской помощи в отчетном периоде:

ФОмо = ΣСДСсл, где:

СДСсл – стоимость одного случая лечения в дневном стационаре по КСГ (округляется до двух знаков после запятой по математическим правилам).

2.64. Стоимость одного случая лечения в дневном стационаре по КСГ (ССЗсл) определяется по формуле:

СДСсл = БС(дс) х КЗксг(дс) х КУСмо х КУксг, где:

БС(дс) – базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, рассчитываемая как соотношение общего объема средств, предназначенных на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, по КСГ, к планируемому количеству случаев лечения в дневном стационаре по КСГ, и утверждаемая Тарифным соглашением;

КЗксг(дс) – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения в дневном стационаре, устанавливаемый Тарифным соглашением;

КУСмо - коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара медицинской организации, устанавливаемый Тарифным соглашением (Приложение № 17);

КУксг – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, устанавливаемый Тарифным соглашением.

Медицинская помощь, оказанная в условиях дневного стационара при проведении базовой программы экстракорпорального оплодотворения (далее-ЭКО) за счет средств ОМС, оплачивается по КСГ. Единицей оплаты принимается случай лечения, завершающийся достижением одного из предусмотренных этапов и включающий все предыдущие этапы базовой программы ЭКО. В расшифровке КСГ дневного стационара предусмотрены 4 этапа проведения базовой программы ЭКО:

- I этап - стимуляция суперовуляции с применением длинного или короткого протоколов с использованием агонистов или антагонистов;

- II этап - получение яйцеклетки;

- III этап - культивирование эмбрионов в программе ЭКО;

- IV этап - перенос эмбрионов в полость матки.

При базовой программы ЭКО предусмотрены следующие критерии выполнения этапов:

**I этап** (стимуляция суперовуляции). Выбор протокола стимуляции осуществляется лечащим врачом индивидуально. Для этой цели могут применяться гормональные препараты (человеческий менопаузальный гонадотропин - ЧМГ, высокоочищенный урофолликулостимулирующий гормон – мочевой ФСГ, рекомбинантные ФСГ и ЛГ, агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона, антагонисты гонадотропин-рилизинг-гормона, антиэстрогеновые препараты, препараты, содержащие хорионический гонадотропин ХГ –мочевые и рекомбинантные, эстрогены). Коррекция доз вводимых препаратов и внесение изменений в протокол индукции суперовуляции осуществляется на основании данных ультразвукового мониторинга развития фолликулов и эндометрия. Критерием завершения 1 этапа программы ЭКО считается наличие фолликула диаметром 18 мм, эндометрия 8 и более мм и назначение триггера – препарата ХГ.

В случае, когда в ответ на гормональную стимуляцию, используя повышенные дозы гонадотропинов, нет роста фолликулов, проведение следующих этапов программы ЭКО невозможно.

**II этап** (пункция фолликулов и получение ооцитов). Пункция фолликулов может производиться через 35-36 часов от момента введения ХГ. Процедура выполняется амбулаторно, в асептических условиях под внутривенным обезболиванием. Пункцию фолликулов осуществляют трансвагинально под ультразвуковым контролем с использованием специальной вакуумной помпы и пункционной иглы. Данный этап заканчивается передачей материала (фолликулярной жидкости) эмбриологу. При отсутствии осложнений пациентка через 2 часа может быть отпущена с рекомендациями домой.

Заранее прогнозировать ситуацию с отсутствием клеток после пункции невозможно.

**III этап** (инсеминация ооцитов и культивирование эмбрионов). В условиях ламинарного шкафа фолликулярную жидкость, полученную в результате пункции, помещают в специальную чашку и просматривают под микроскопом, чтобы убедиться в наличии ооцитов. Затем яйцеклетки переносят в чашку со специальной средой для культивирования. Чашку помещают в инкубатор, в котором поддерживается постоянная температура и определенный состав газовой смеси. Яйцеклетки оставляют в инкубаторе на несколько часов, для того чтобы они адаптировались к новым условиям, после чего к ним добавляют сперматозоиды, обработанные специальными методами (инсеминация). Контроль оплодотворения обычно проводится через 12- 18 часов. Если этап оплодотворения прошел успешно, то начинается этап культивирования эмбрионов. Процесс культивирования эмбрионов может продолжаться от 48 до 120 часов. День переноса эмбрионов решает эмбриолог индивидуально, исходя из их качества.

В случае, когда не происходит оплодотворения или эмбрионы останавливаются на любой стадии своего развития, проведение следующего этапа ЭКО не выполняется.

**IV этап** (перенос эмбрионов в полость матки). Перенос может быть осуществлен через 48-120 часов после получения ооцитов. Выбор дня переноса и количества эмбрионов (1 или 2) определяется качеством эмбрионов индивидуально в каждом случае. Для переноса эмбрионов используются специальные мягкие катетеры, которые вводят в полость матки через шеечный канал. Перенос эмбрионов проводится после предварительного ультразвукового исследования. Процедура безболезненная. Этим этапом заканчивается базовая программа ЭКО.

При оплате базовой программы ЭКО по этапам, оказываемой за счет средств ОМС, необходимо применять управленческий коэффициент к следующим КСГ:

- КСГ 5.1. Экстракорпоральное оплодотворение (I этап) в размере 1,4;

- КСГ 5.2. Экстракорпоральное оплодотворение (II этап) в размере 1,4;

- КСГ 5.3. Экстракорпоральное оплодотворение (III этап) в размере 1,4;

- КСГ 5.4. Экстракорпоральное оплодотворение (IV этап) в размере 1,4;

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара применять управленческий коэффициент в размере 0,89 к следующим КСГ:

- КСГ 1 Осложнения беременности, родов, послеродового периода;

- КСГ 37 Болезни и травмы позвоночника, спинного мозга, последствия внутричерепной травмы, сотрясение головного мозга;

- КСГ 53 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2);

- КСГ 79 Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3);

- КСГ 80 Заболевания опорно-двигательного аппарата, травмы.

**Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в системе взаиморасчетов**

2.65. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара МО-исполнителем пациенту по направлению врача-специалиста обслуживающей МО, осуществляется СМО за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования обслуживающей МО за фактическое количество законченных случаев лечения в дневном стационаре любого типа по КСГ.

**Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, не включенной в систему взаиморасчетов**

2.66. В систему взаиморасчетов не включается следующая медицинская помощь, оказанная в условиях дневного стационара:

1) медицинская помощь, оказанная в условиях дневного стационара в ГУЗ «Городской родильный дом», ГУЗ «Краевая клиническая больница» (перинатальный центр), ГУЗ «Краевая больница №4» (перинатальный центр), ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр»;

2) вспомогательные репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворение), не включенные в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, проводимые в условиях дневного стационара ГБУ «Забайкальский краевой перинатальный центр», ООО «ЭКО центр», ООО «ЭКО-Cодействие»;

3) медицинская помощь, оказанная в условиях дневного стационара беременным женщинам по поводу состояния, связанного с беременностью и родами.

2.67. Медицинская помощь, оказанная в условиях дневного стационара, не включенная в систему взаиморасчетов, оплачивается за фактическое количество законченных случаев лечения в пределах объемов и соответствующей им стоимости медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара по Территориальной программе, установленных решением Комиссии, в разрезе каждой СМО, в соответствии с Договором.

**СПОСОБЫ ОПЛАТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

2.68. Оплата скорой медицинской помощи (далее – СМП), 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 дифференцированному подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для скорой медицинской помощи (далее – дифференцированные подушевые нормативы для СМП) ежемесячно утверждаются протоколом Комиссии и доводятся ТФОМС до сведения СМО в течение пяти рабочих дней после даты утверждения.

СМО осуществляет финансирование СМП, оказываемой вне медицинской организации станцией СМП или отделением СМП в составе медицинской организации в соответствии с утвержденными дифференцированными подушевыми нормативами для СМП и численностью прикрепленных застрахованных граждан по территории зоны обслуживания отделений (станций) скорой помощи, утверждаемой ежемесячно приказом ТФОМС.

2.69. Скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), оказываемая на догоспитальном этапе станцией скорой медицинской помощи или отделениями скорой медицинской помощи в составе медицинских организаций на территории Забайкальского края лицам, застрахованным и идентифицированным на территории Забайкальского края, оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования по реестрам, поданным на основании следующих услуг:

- 341001 – Вызов специализированной врачебной бригады скорой медицинской помощи;

- 341002 – Вызов общепрофильной врачебной бригады скорой медицинской помощи;

- 341003 – Вызов фельдшерской бригады скорой медицинской помощи.

В случае проведения тромболизиса при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации пациентам с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента S-T оплата производится дополнительно за случай в пределах объемов и соответствующей им стоимости медицинской помощи, установленных решением Краевой комиссии по разработке территориальной программы ОМС, поданного на основании следующих услуг:

- 331322 – случай проведения тромболизиса при оказании скорой медицинской помощи.

Оплата осуществляется СМО в размере, не превышающем годовую стоимость объемов медицинской помощи(годовой лимит).

2.70. Оплата скорой медицинской помощи лицам, застрахованным на территории Забайкальского края, осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу для СМП с учетом средневзвешенного интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива, определенного для групп медицинских организаций на основании следующих коэффициентов (Приложение №12):

- коэффициент дифференциации заработной платы;

- половозрастной коэффициент дифференциации;

- коэффициент дифференциации по среднему радиусу территории обслуживания.

Расчет финансирования осуществляется с учетом выполнения годового плана вызовов, устанавливаемого Комиссией. Оценка выполнения плана вызовов производится с учетом установленного коридора риска, нижняя граница которого составляет 75 %.

При выполнении плана вызовов в объеме 75% и более оплата производится по полному дифференцированному подушевому нормативу для СМП, при выполнении плана вызовов ниже 75 % оплата производится по дифференцированному подушевому нормативу для СМП, скорректированному на фактически сложившийся процент выполнения плана вызовов за предыдущий период, рассчитанный с начала года нарастающим итогом. Анализ выполнения плана вызовов производится согласно представленным на оплату реестрам счетов по скорой медицинской помощи за предыдущий период, рассчитанный с начала года нарастающим итогом.

2.71. Медицинские организации, обслуживающие застрахованных граждан (станция скорой медицинской помощи или медицинские организации, имеющие отделения скорой медицинской помощи), ежемесячно формируют реестр счетов и счет для оплаты медицинской помощи в соответствии с количеством обслуживаемых застрахованных граждан по каждой СМО и подушевым нормативом финансирования для СМП.

**III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФА   
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются Тарифным соглашением между представителями сторон, определенных в статье 30 закона об ОМС, включенными в состав Комиссии, и приведены в Приложении № 2 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2. Тарифы устанавливаются исходя из объема бюджетных ассигнований на реализацию Территориальной программы, установленного Законом Забайкальского края от 30 декабря 2016 года   
№ 1438-ЗЗК «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Забайкальского края на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов».

3.3. Тарифы используются для оплаты медицинской помощи по Территориальной программе в соответствии с утвержденными способами оплаты.

Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность по Территориальной программе ОМС на территории Забайкальского края.

Тарифы рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 № 158н в составе Правил обязательного медицинского страхования, и включают в себя статьи затрат, установленные Территориальной программой ОМС.

Тарифы формируются в соответствии с принятыми в Территориальной программе ОМС способами оплаты медицинской помощи.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Забайкальского края, исходя из нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 4 521,1 рубль.

Средний подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации в расчете на одно застрахованное лицо составляет 2 700,07 рублей.

При установлении размера и структуры подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях, применяются половозрастные коэффициенты дифференциации (Приложение № 10)

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Забайкальского края, исходя из нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 5 756,4 рублей.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Забайкальского края, исходя из нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 999,7 рублей.

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Забайкальского края, исходя из нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 762,1 рубля.

Средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 755,92 рублей.

При установлении размера и структуры подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, применяются половозрастные коэффициенты дифференциации (Приложение № 13 ).

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

Установленные тарифы оказания медицинской помощи детям учитывают расходы на питание и предоставление спального места одному из родителей или иному члену семьи по усмотрению родителей, ухаживающих за ребенком в возрасте до четырех лет, а за ребенком старше данного возраста - при наличии медицинских показаний.

**IV. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА**

# 4.1. Размер санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установлен в Приложении № 6 к Тарифному соглашению «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (в том числе для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации)».

Определение размера санкций, привязанных к стоимости медицинской помощи, применяемых к обслуживающим МО за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества гражданам, прикрепленным к данной обслуживающей МО, по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи:

1. В случае оказания первичной медико-санитарной помощи стоимость оказанной медицинской помощи определяется в соответствии с тарифами на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.
2. В случае оказания плановой медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара стоимость оказанной медицинской помощи определяется в соответствии с размером базовой ставки финансирования медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара в соответствии с классификацией по клинико-статистическим группам на 2017 год.
3. В случае оказания скорой медицинской помощи стоимость оказанной медицинской помощи определяется в соответствии с тарифами на оплату вызова соответствующей бригады скорой медицинской помощи (341001; 341002; 341003).

**V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

5.1. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со [статьей 76](consultantplus://offline/ref=DB10A61553F8F32CFB93E6C4E39441672D631B774FB229C2657510EA2B4D21B0793B4CB51B440EBBJ2xDB) Федерального закона от 21 ноября 2011 года   
№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, созданной на территории Забайкальского края в соответствии с [частью 9 статьи 36](consultantplus://offline/ref=DB10A61553F8F32CFB93E6C4E39441672D631B7642B229C2657510EA2B4D21B0793B4CB51B440EBAJ2xCB) Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Стороны).

5.2. Предложения по внесению изменений или дополнений в Тарифное соглашение выносятся на рассмотрение Комиссии.

Предложения по индексации тарифов на оплату медицинской помощи, включению новых медицинских услуг, перераспределению объемов и стоимости медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями должны содержать необходимую информацию, а также соответствующие экономические расчеты.

5.3. Предложения по внесению изменений или дополнению Тарифного соглашения рассматриваются Рабочей группой, созданной приказом Министерства здравоохранения Забайкальского края. Решения Рабочей группы оформляются протоколом и выносятся на рассмотрение Комиссии.

5.4. Решение об изменении (индексации) тарифов на оплату медицинской помощи принимает Комиссия.

5.5. Основанием для изменения или дополнения Тарифного соглашения служат:

* корректировка Территориальной программы ОМС;
* решение Комиссии;
* принятие новых нормативных правовых актов РФ и/или Забайкальского края.

Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются и вводятся в действие в соответствии с решением Комиссии.

5.6. Изменения и дополнения Тарифного соглашения оформляются дополнительным соглашением на основании протокола заседания Комиссии и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

5.7. В случае возникновения споров между Сторонами по настоящему Тарифному соглашению, Стороны принимают все меры по их разрешению путем переговоров. Все неурегулированные Сторонами споры в рамках выполнения настоящего Тарифного соглашения разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.8. Настоящее Тарифное соглашение прекращает свое действие в случаях:

* принятия органами законодательной или исполнительной власти РФ или Забайкальского края нормативных правовых актов, обуславливающих невозможность выполнения данного Тарифного соглашения;
* ликвидации одной из Сторон;
* соглашения Сторон;
* в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

5.9. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу 01 января 2017 года и действует до 31 декабря 2017 года.

5.10. Неотъемлемой частью Тарифного соглашения являются:

- Перечень медицинских организаций Забайкальского края, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (Приложение № 1 к Тарифному соглашению);

- Тарифы на медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края (Приложение № 2 к Тарифному соглашению);

- Методика определения дифференцированных подушевых нормативов для расчета страховых медицинских организаций с медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и имеющими прикрепленное население (Приложение № 3 к Тарифному соглашению);

- Порядок учета застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям Забайкальского края для оказания первичной медико-санитарной помощи (Приложение № 4 к Тарифному Соглашению);

- Типовая форма письма-отказа в оплате реестра счетов за оказанные внешние медицинские услуги медицинской организацией – исполнителем (Приложение № 5 к Тарифному соглашению);

# - Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (в том числе для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации) (Приложение № 6 к Тарифному Соглашению)

# - Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях (Приложение № 7 к Тарифному Соглашению);

# - Коэффициенты территориальной дифференциации по видам расходов, включенным в структуру тарифа по медицинской помощи в стационарных условиях (Приложение № 8 к Тарифному Соглашению);

# - Коэффициенты дифференциации для расчета подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (Приложение № 9 к Тарифному Соглашению);

# - Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (Приложение № 10 к Тарифному Соглашению);

# - Реестр медицинских услуг, оказанных МО–исполнителями пациентам, прикрепленным к обслуживающей МО (Приложение № 11 к Тарифному Соглашению);

- Коэффициенты дифференциации для расчета подушевого норматива скорой медицинской помощи (Приложение № 12 к Тарифному Соглашению);

- Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (Приложение № 13 к Тарифному соглашению);

- Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев (Приложение № 14 к Тарифному соглашению);

- Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки (Приложение № 15 к Тарифному соглашению);

- Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) (Приложение № 16 к Тарифному соглашению);

# - Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара (Приложение № 17 к Тарифному Соглашению).