

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в сфере обязательного медицинского страхования
в Калужской области**

Министерство здравоохранения Калужской области в лице министра здравоохранения Калужской области К.Н. Баранова, действующего на основании Положения о министерстве здравоохранения Калужской области, утвержденного постановлением Правительства Калужской области от 31.08.2017 № 489, постановления Правительства Калужской области от 29.03.2012 № 154 «О составе комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования»;

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Калужской области в лице директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Калужской области Ю.В. Ковалевой, действующего на основании Положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Калужской области, утвержденного Постановлением Правительства Калужской области от 21.12.2011 № 685 «О Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Калужской области», постановления Правительства Калужской области от 29.03.2012 № 154 «О составе комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования»;

Общество с ограниченной ответственностью ВТБ Медицинское страхование (ООО ВТБ МС) в лице директора Калужского филиала ООО ВТБ МС Е.А. Амелиной, действующей на основании доверенности от 11.09.2019 № 27, доверенности от 01.01.2019 № 020/19, постановления Правительства Калужской области от 29.03.2012 № 154 «О составе комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования»;

Калужская областная общественная организация «Врачи Калужской области» в лице президента Е.Н. Алешиной, действующего на основании Устава, постановления Правительства Калужской области от 29.03.2012 № 154 «О составе комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования»;

Калужская областная организация Профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя Л.И. Галкиной, действующего на основании Устава профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации, постановления Правительства Калужской области от 29.03.2012 № 154 «О составе комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования», заключили настоящее Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования в Калужской области (далее – Соглашение) о нижеследующем:

I. Общие положения

1. Предмет соглашения

1.1. Настоящее Соглашение в сфере обязательного медицинского страхования в Калужской области разработано в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее Федеральный закон № 326-ФЗ), Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610 «О Программе

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» (далее – Программа госгарантий), Приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС), Приказом Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования», Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – Приказ ФФОМС № 36), Постановлением Правительства Калужской области от 31.12.2019 № 868 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калужской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» (далее – Территориальная программа государственных гарантий), Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», другими нормативными правовыми актами в сфере обязательного медицинского страхования, письмом Минздрава России от 24.12.2019 № 11-7/И/2-12330 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов», а также Письмом Минздрава России № 11-7/и/2-11779, ФФОМС № 17033/26-2/и от 12.12.2019 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (далее – Методические рекомендации).

1.2. Соглашение определяет и устанавливает:

- размер и структуру тарифов на оплату медицинской помощи,
- порядок расчетов тарифов,
- способы и порядок оплаты медицинской помощи в сфере ОМС Калужской области,
- порядок взаимодействия между участниками и субъектами ОМС,
- 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.

2. Сокращения, принятые в настоящем Соглашении

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь

ГБУЗ КО – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калужской области

ГАОУЗ КО – Государственное автономное учреждение здравоохранения Калужской области

КСГ – клинико-статистическая группа болезней

КПГ – клинико-профильная группа

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр)

МО – медицинская организация

ОМС – обязательное медицинское страхование

СМО – страховая медицинская организация

СМП – скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная медицинская помощь (ССМП)

УЕТ – условная единица трудоемкости

ФП – фельдшерский пункт

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт

ФГБУ – Федеральное государственное бюджетное учреждение

ФКУЗ – Федеральное казенное учреждение здравоохранения

ФГАУ – Федеральное государственное автономное учреждение

ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Фонд – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Калужской области

ЭКСМП – экстренная консультативная скорая медицинская помощь

3. Основные понятия и термины

1.3.1. Тариф на оплату медицинской помощи по ОМС – денежная сумма, определяющая размер возмещения и состав компенсируемых расходов медицинским организациям за оказание медицинской помощи в рамках Программы ОМС.

1.3.2. Подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи (тариф на основе подушевого норматива) – ежемесячная сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо, прикрепленное к медицинской организации на медицинское обслуживание для получения первичной медико-санитарной помощи.

1.3.3. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи (тариф на основе подушевого норматива СМП) – ежемесячная сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо, обслуживаемое медицинской организацией при оказании скорой медицинской помощи (за исключением экстренной консультативной скорой медицинской помощи) вне медицинской организации.

1.3.4. «Прикрепленные» граждане («прикрепленное» население) – лица, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию в Калужской области и прикрепленные к МО на обслуживание в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Понятие вводится как учетная величина при оплате медицинской помощи МО, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по тарифу на основе подушевого норматива и не ограничивает получение медицинской помощи гражданами в других МО.

1.3.5. Посещение – контакт пациента с врачом, средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием, с последующей записью (постановка диагноза, назначение лечения, динамическое наблюдение и другие записи на основании наблюдения за пациентом) в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или с последующей записью в «Медицинской карте ребенка» или в «Истории развития ребенка» и оформлением талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

1.3.6. Посещение врача в приемном отделении для оказания неотложной помощи, в случае самостоятельного (без направления врача) обращения больного – контакт пациента с врачом (врачами), фельдшером без последующей госпитализации, с оформлением «Журнала регистрации амбулаторных больных», «Журнала учета приема больных и отказов в госпитализации», а также оформлением талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

1.3.7. Оказание неотложной помощи в приемном отделении без динамического наблюдения – контакт пациента с врачом (врачами), обязательное проведение лабораторных и (или) инструментальных методов исследования и при необходимости медикаментозной терапии без последующей госпитализации, с оформлением соответствующей медицинской документации.

1.3.8. Оказание неотложной помощи в приемном отделении с динамическим врачебным наблюдением – контакт пациента с врачом (врачами), обязательное проведение лабораторных и (или) инструментальных методов исследования и медикаментозной терапии, **наблюдение** за состоянием здоровья пациентов **от 4 до 24 часов** без последующей госпитализации в круглосуточный стационар, с оформлением соответствующей медицинской документации.

1.3.9. Законченный случай лечения в амбулаторных условиях - обращение по поводу заболевания (кратность посещений по поводу одного заболевания не менее 2, когда цель обращения достигнута). Обращение как законченный случай по поводу заболевания складывается из первичных и повторных посещений, в т. ч. посещений на дому.

Под законченным случаем лечения понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента для дальнейшего получения медицинской помощи в условиях дневного или круглосуточного стационаров. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, только при последнем посещении больного по данному поводу.

1.3.10. Посещения с профилактической целью – посещения по поводу медицинских осмотров, диспансеризация определенных групп населения, комплексный медицинский осмотр, патронаж, посещения в связи с другими обстоятельствами (в том числе наблюдение по поводу течения неосложненной беременности) с соответствующей записью в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оформлением талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и других форм документов, оформляемых при проведении диспансеризации.

1.3.11. Посещения с иными целями – разовые посещения по заболеванию, активные посещения (включая консультации врачей-специалистов), диспансерное наблюдение, консультативные посещения, посещения по поводу получения направлений, справок и медицинских документов с соответствующей записью в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и оформлением талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

1.3.12. Посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме - контакт пациента с фельдшером, врачом, проведение необходимых лабораторных и инструментальных исследований, проведение медикаментозной терапии с целью снятия неотложного состояния пациента с соответствующей записью в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и оформлением талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

1.3.13. Вызов скорой медицинской помощи - незамедлительный выезд и прибытие бригады скорой медицинской помощи к пациенту (на место вызова СМП), оказание СМП, включая установление ведущего синдрома и предварительного диагноза заболевания (состояния), осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению клинического состояния пациента и, при наличии медицинских показаний, осуществление медицинской эвакуации в медицинскую организацию, оказывающую консультативную

и/или стационарную медицинскую помощь; с оформлением «Карты вызова скорой медицинской помощи» и «Сопроводительного листа станции (отделения) скорой медицинской помощи и талона к нему» при медицинской эвакуации пациента в МО.

При самостоятельном обращении пациента на станцию (отделение) скорой медицинской помощи в обязательном порядке заполняется «Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи» и талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Данное обращение включается в реестр счетов по тарифу ОМС медицинской услуги «Амбулаторный прием в отделении (станции) СМП».

1.3.14. Комплексное обследование в центре здоровья - контакт пациента с врачом с целью проведения комплексного обследования с последующей записью в карте центра здоровья, карте здорового образа жизни ребенка и оформлением талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. *(в ред. ДС №1)*

Посетить центр здоровья с целью проведения комплексного обследования пациенту допускается 1 раз в отчетном году, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 19.08.2009 № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».

1.3.15. Посещение в рамках динамического наблюдения в центре здоровья - повторное обращение пациента к врачу, рекомендованное пациенту на основании результатов проведенного комплексного обследования, с последующей записью в карте центра здоровья, карте здорового образа жизни ребенка и оформлением талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. *(в ред. ДС №1)*

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

1.3.17. Случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

1.3.18. Законченный случай лечения в условиях круглосуточного или дневного стационаров – совокупность медицинских услуг в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе стандартов медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выписки (выпуска).

1.3.19. Прерванный случай лечения – случай оказания медицинской помощи без достижения положительного клинического результата с исходами лечения: перевод пациента в другую медицинскую организацию, преждевременная выписка пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе.

1.3.20. Сверхкороткий случай лечения – это случай оказания медицинской помощи,

при котором, достигнут ожидаемый клинический результат, и длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно (≤ 3 дня).

1.3.21. Оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ) – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратоемкости и поправочных коэффициентов.

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

1.3.23. Клинико-профильная группа (КПГ) - группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи.

В КСГ/КПГ входит выполнение пациенту комплекса диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий с оформлением медицинской карты стационарного больного и «Статистической карты выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому».

1.3.24. 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 Калужской области для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп.

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

1.3.26. Оплата медицинской помощи за услугу – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации.

1.3.27. Коэффициенты:

- **Коэффициент относительной затратоемкости** – коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

- **Поправочные коэффициенты** – устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов.

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

- **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.

- **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.

- **Коэффициент сложности лечения пациентов** – устанавливаемый на территориальном уровне к отдельным случаям коэффициент в связи со сложностью лечения пациента и учитываемый более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

II. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

2.1. Оплата медицинской помощи МО, участвующим в реализации территориальной программы ОМС Калужской области и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, производится по тарифам на оплату медицинской помощи по ОМС.

Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС утверждаются настоящим Тарифным соглашением и являются обязательными при осуществлении взаиморасчетов между участниками ОМС.

Тарифы применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказываемую населению Калужской области, застрахованному по обязательному медицинскому страхованию, а также гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территориях других субъектов Российской Федерации, медицинскими организациями, участвующими в выполнении территориальной программы ОМС Калужской области как составной части Территориальной программы государственных гарантий.

2.2. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливаются настоящим Соглашением в размерах согласно **Приложениям №№ 2, 3, 3.1, 3.2, 4 - 8, 13, 14, 15** и рассчитываются в соответствии с Порядком расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, который указан в **Приложении № 1**.

2.3. Тарифы утверждаются в соответствии с уровнями и подуровнями организации медицинской помощи.

Распределение медицинских организаций по уровням и подуровням системы организации медицинской помощи представлено в **Приложении № 16, 16.1, 16.2**.

2.4. Структура тарифа на оплату медицинской помощи (в том числе тарифов на основе подушевого норматива), 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.

В структуре тарифа на оплату медицинской помощи по статье «прочие расходы» предусмотрены следующие затраты, возмещаемые за счет средств обязательного медицинского страхования: расходы на уплату налогов и сборов в бюджеты всех уровней; расходы на уплату государственных пошлин и сборов в установленных законодательством Российской Федерации случаях (в том числе связанные с получением лицензий на осуществление медицинской деятельности); возмещение убытков, причиненных незаконными действиями (бездействием) медицинских организаций в части возмещения застрахованным лицам расходов на приобретение медикаментов, а также возмещение убытков (ущерба) застрахованным лицам в связи с взиманием платы с них (в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования, на основании актов СМО или Фонда.

В структуру тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС не включены расходы медицинских организаций на проведение капитального строительства, капитального ремонта, разработку проектной и сметной документации.

2.5. Одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю (далее – законный представитель) на протяжении всего периода лечения ребенка в стационарных условиях в медицинской организации предоставляется спальное место и питание при совместном нахождении с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний. Оплата за создание дополнительных условий пребывания в стационаре с законных представителей не взимается, указанные расходы включены в структуру тарифа на оказание медицинской помощи детям в условиях круглосуточного стационара.

2.6. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе ОМС Калужской области способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежных выплат:

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

- медицинским работникам (заведующим ФАП, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

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

2.7. В структуру тарифов на оплату медицинской помощи включены расходы на:

- а) финансовое обеспечение проведения осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей, медицинского обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-

сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования и финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств ОМС;

б) финансовое обеспечение проведения обязательных диагностических исследований и оказания медицинской помощи в случае выявления заболевания, включенного в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении с Министерством обороны РФ договора об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной или приравненной к ней службе, в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования и финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств ОМС;

в) финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан, указанных в разделе III Программы госгарантий, в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения РФ.

2.8. В тариф на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа застрахованным лицам, проводимой в рамках первичной специализированной и специализированной медицинской помощи, не включен проезд пациентов до места оказания этих медицинских услуг.

2.9. Расходы, включенные в тариф на оплату медицинской помощи, осуществляются в пределах объема финансовых средств, с учетом выполнения плановых объемов, установленных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Калужской области, состав которой утвержден Постановлением Правительства Калужской области от 29.03.2012 № 154 «О составе комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования» (далее – Комиссия)

III. Способы и порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

Применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (в том числе диагностические исследования, консультации с использованием телемедицинских технологий) за посещение, за обращение (законченный случай), в том числе при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта

Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

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

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

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

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

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

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

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

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Перечень медицинских организаций с указанием условий оказания медицинской помощи представлен в **Приложении № 17**.

3.1. Способы и порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

3.1.1. Оплата медицинской помощи медицинским организациям, оказывающим первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную врачебную медико-санитарную помощь, и имеющим прикрепленное застрахованное население на медицинское обслуживание (далее – МО, имеющая прикрепленное население), производится по утвержденному в установленном порядке тарифу на основе дифференцированного подушевого норматива финансирования (далее - подушевой норматив) на комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу (**Приложение №2**), включающему в себя:

1. Финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность медицинской организации при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе:

на оплату посещений участковых врачей, врачей общей практики, посещений среднего медицинского персонала здравпунктов, а также ФП/ФАП, за исключением указанных в **Приложении № 19**, с учетом финансового обеспечения оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми,

врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей), с учетом финансового обеспечения дополнительных выплат медицинскому персоналу ФАП, а также на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной врачами и медицинскими работниками со средним медицинским образованием в медицинских кабинетах и здравпунктах образовательных учреждений;

2. Финансовые средства на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях прикрепленным гражданам в МО, в которых эти лица не находятся на медицинском обслуживании (далее МО, оказывающая медицинскую помощь лицам, прикрепленным к другим МО), согласно **Приложениям № 4 (таблица 1), № 5 (таблица 1), №8** для МО, имеющих прикрепленное население.

3.1.2. В подушевой норматив финансирования на прикрепленных к МО застрахованных лиц не включаются:

- расходы, направляемые на финансовое обеспечение ФП, ФАП с численностью прикрепленного населения от 100 до 2000 человек, соответствующих требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н (далее – Приказ № 543н), в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения ФП, ФАП;

- расходы на стоматологическую медицинскую помощь;
- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации граждан в соответствии с приказами Минздрава России от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», Постановлением Правительства РФ от 26.02.2015 №170 «Об утверждении Правил проведения медицинского обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»;

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних согласно приказу Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения согласно приказу Минздрава России от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;
- медицинские услуги по Перечню медицинских услуг, в рамках Территориальной программы ОМС на 2020 год, оплата которых осуществляется по тарифам за услугу (**Приложения № №3, 3.1, 3.2**);

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в центрах здоровья.

Перечень первичной медико-санитарной помощи, специализированной медико-санитарной помощи, расходы по которым не включены в подушевой норматив, представлен Приложениями №№ 4 (таблица 2), 5 (таблица 2), 6 (таблица 2), 7.

3.1.3. Прикрепление застрахованных граждан на медицинское обслуживание к медицинским организациям осуществляется в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». Информация о наименовании медицинской организации, к которой прикреплен гражданин на медицинское обслуживание, отражается в региональном сегменте Единого регистра застрахованных лиц.

МО, имеющие прикрепленное население, вправе оказывать медицинскую помощь застрахованным гражданам, прикрепленным на обслуживание к другой МО.

3.1.4. Подушевой норматив рассчитывается на основании Методики формирования дифференцированных подушевых нормативов для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, утверждаемой в составе настоящего Соглашения (**Приложение № 18**).

3.1.5. Размер ежемесячного финансового обеспечения (Рф) для каждой МО, имеющей прикрепленное население, определяется исходя из численности прикрепленного к ней застрахованного населения и подушевого норматива (**Приложение № 2**).

3.1.6. Оплата медицинской помощи МО, имеющим прикрепленное население, осуществляется по утвержденному подушевому нормативу СМО в соответствии с заключенными с МО договорами в следующем порядке:

1. Средства ежемесячного финансового обеспечения за вычетом 3% (Резерва*) составляют «Базовую часть подушевого норматива» (Бч), которую СМО направляет:

а) на выплату авансовых платежей в соответствии с заключенными между СМО и МО, имеющими прикрепленное население, договорами на оказание и оплату медицинской помощи;

б) на проведение межучрежденческих взаиморасчетов (Мв) за медицинскую помощь, оказанную прикрепленному гражданину в другой медицинской организации, к которой он не прикреплен (в МО, оказывающей медицинскую помощь лицам, прикрепленным к другим МО), в том числе:

- на проведение взаиморасчетов (Мв) за медицинскую помощь (посещения, обращения по поводу заболеваний), оказанную прикрепленному гражданину МО, в которой он не прикреплен (в МО, оказывающей медицинскую помощь лицам, прикрепленным к другим МО);

- на проведение межучрежденческих взаиморасчетов (Мв) за оказанные медицинские услуги прикрепленному гражданину МО, оказавшей медицинскую помощь лицам, прикрепленным к другим МО, согласно **Приложению № 8**;

В межучрежденческих расчетах участвуют медицинские организации, финансируемые по подушевому нормативу, а также централизованная бактериологическая лаборатория ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница скорой медицинской помощи» им. К.Н. Шевченко, клиничко-диагностическая лаборатория ГАУЗ КО «Калужский областной специализированный центр инфекционных заболеваний и СПИД», ГБУЗ КО «Калужский областной клинический онкологический диспансер», МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. (*в ред. ДС№1*)

в) на оплату предъявленного МО, имеющей прикрепленное население, счета на сумму остаточного дохода с учетом выданного аванса.

*Под «Резервом» в данном документе понимается размер средств на осуществление стимулирующих выплат МО, имеющим прикрепленное население, т.е. средства, предназначенные для перечисления медицинской организации по результатам деятельности медицинской организации, имеющей прикрепленное население, на основании представленного счета, а также средств на осуществление стимулирующих выплат МО, оказывающим первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства («Бережливая поликлиника»). При этом размер финансовых средств, направляемых на осуществление стимулирующих выплат МО, имеющим прикрепленное население, формирующих стимулирующий фонд составляет 1% от средств ежемесячного финансового обеспечения (подушевого норматива), на осуществление стимулирующих выплат медицинским организациям новой модели медицинской организации, оказывающим первичную медико-санитарную помощь направляется 2% средств подушевого финансирования. *(в ред. ДС№1)*

2. Для проведения окончательного расчета по Базовой части подушевого норматива СМО ежемесячно формирует остаточный доход (Од) в разрезе МО, имеющих прикрепленное население:

$$\text{Од} = \text{Бч} - \text{Мв.}$$

СМО доводит до сведения МО информацию об остаточном доходе для формирования медицинской организацией, имеющей прикрепленное население, счета на оплату медицинской помощи.

Кроме того, СМО оплачивает МО, имеющей прикрепленное население, медицинскую помощь, оказанную гражданам, не прикрепленным к ней (не состоящим у нее на медицинском обслуживании), путем оплаты предъявленного данной медицинской организацией счета и реестра счета за оказанные медицинские услуги (в этих случаях МО, имеющая прикрепленное население, является МО, оказывающей медицинскую помощь лицам, прикрепленным к другим МО).

3. Счет на сумму остаточного дохода от МО, имеющей прикрепленное население, будет принят к оплате СМО при условии предъявления реестров счетов за оказанные медицинские услуги.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу в реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по установленным тарифам.

По предъявленным реестрам счетов СМО проводит контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, а также осуществляет аналитический учет объемов и стоимости территориальной программы обязательного медицинского страхования.

3.1.7. Средства Резерва, указанного в пункте 3.1.6, распределяются по решению Комиссии в соответствии с Порядком расходования средств Резерва (**Приложение № 20**) и Методикой определения показателей результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства («Бережливая поликлиника»), для осуществления стимулирующих выплат (**Приложение № 20.1**).

3.1.8. СМО самостоятельно ведут аналитический учет средств Резерва.

После завершения расчетов с МО за оказанную медицинскую помощь за отчетный месяц, при наличии остатка средств на оплату медицинской помощи, средства Резерва подлежат возврату в Фонд в составе остатка целевых средств в течение трех рабочих дней.

Распределение средств Резерва производится по итогам отчетного квартала на основании решения Комиссии, с учетом выполнения МО показателей деятельности.

Информацию о размере утвержденной Комиссией выплаты МО за счет средств Резерва СМО в течение трех рабочих дней со дня получения копии протокола Комиссии направляет в адрес МО.

МО после получения от СМО информации о размере выплаты (стимулирующей части подушевого норматива по итогам работы) направляет до 10 числа в адрес СМО счет для получения выплаты за счет средств Резерва. В счете в графе «описание услуг» указывается: «оплата по результатам оказания амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению за ____ 20 ____ г.».

СМО оплачивает счет до 20 числа месяца, в котором поступил счет на получение стимулирующей части подушевого норматива за счет средств Резерва.

Средства Резерва, поступившие по результатам деятельности МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и имеющих прикрепленное население, расходуются МО в соответствии со структурой тарифов (пункт 2.4. настоящего Соглашения).

3.1.9. Счета за медицинскую помощь, оказанную гражданам медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь лицам, прикрепленным к другим МО, оплачиваются СМО из финансового обеспечения МО, имеющих прикрепленное население, по тарифам на единицу объема согласно **Приложениям № 4, № 5, № 8.**

3.1.10. В медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь лицам, прикрепленным к другим медицинским организациям, проведение инструментальных и лабораторных исследований не прикрепленным к ней на медицинское обслуживание застрахованным гражданам осуществляется по направлениям медицинской организации, к которой застрахованный гражданин прикреплен на медицинское обслуживание.

Отдельные диагностические и лабораторные услуги, осуществляемые в амбулаторных условиях и подлежащие оплате сверх подушевого норматива финансирования (УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопические исследования, гистологические и молекулярно-генетические исследования, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии), оказываются медицинскими организациями, указанными в **Приложении № 3.3** (далее – «медицинские организации-исполнители диагностических и лабораторных услуг»). Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследования осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, при наличии медицинских показаний (далее – «направляющие медицинские организации»). *(в ред. ДС№1)*

3.1.11. Не требуется направлений из МО, имеющих прикрепленное население, в случаях:

- оказания первичной доврачебной, первичной врачебной медико-санитарной помощи;
- самостоятельного обращения гражданина для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в медицинскую организацию, в том числе организацию, выбранную им в соответствии с ч. 2 ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с учетом порядков оказания медицинской помощи;
- флюорографического и маммографического скринингового обследования; *(в ред. ДС№1)*
- оказания медицинской помощи в отделениях (станциях) СМП;
- посещений врачей-специалистов ГБУЗ КО «Калужский областной клинический кожно-венерологический диспансер»;

- осуществления консультативного приема пациентов, нуждающихся в дополнительной консультации по обоснованному заключению специалистов консультативной поликлиники, в которую обратился пациент, либо иной консультативной поликлиники для установления (уточнения) диагноза и коррекции лечения, включая, при обоснованной (документальном подтверждении) необходимости, выполнение диагностических исследований, входящих в тариф подушевого финансирования;

- консультативного посещения челюстно-лицевого хирурга ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая детская больница», ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница» по направлениям врачей-стоматологов ГАУЗ КО «Калужская областная детская стоматологическая поликлиника», ГАУЗ КО «Калужская областная стоматологическая поликлиника»;

- посещения врача-кардиолога или врача-невролога ГБУЗ КО «Городская клиническая больница №2 «Сосновая Роща» лицом, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения или острый коронарный синдром и прошедшим лечение в ГБУЗ КО «Городская клиническая больница №2 «Сосновая Роща»;

- обращения с целью получения медицинской консультации с применением телемедицинских технологий в режиме дистанционного взаимодействия медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями. *(в ред. ДС№1)*

3.1.12. В стоимость обращения по заболеванию к врачу-инфекционисту ГАУЗ КО «Калужский специализированный центр инфекционных заболеваний и СПИД» входят обследования, необходимые для постановки диагноза и контроля за лечением.

3.1.13. В тариф консультативного посещения включена стоимость всех дополнительных методов обследований, необходимых для постановки и (или) уточнения диагноза, за исключением: обследования на компьютерном и магнитно-резонансном томографе с контрастированием, эндоскопических, гистологических и молекулярно-генетических исследований назначаемых в целях диагностики онкологической патологии, ультразвукового исследования сердца и сосудов в целях диагностики сердечно-сосудистой патологии (**Приложение №3**). *(в ред. ДС№1)*

3.1.14. Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в МО, не имеющих прикрепленного населения, производится по посещениям с профилактической и иными целями; обращениям по поводу заболевания; медицинским услугам исходя из утвержденных тарифов (**Приложения №3, №3.1, № 4, № 5, № 6, № 7**) в пределах утвержденных Комиссией на текущий год объемов медицинской помощи и стоимости территориальной программы ОМС для МО, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Посещение с иной целью (за исключением посещений в консультативные поликлиники по направлению лечащего врача) оплачивается по утвержденному тарифу, за одно посещение по соответствующему профилю медицинской помощи, но не более одного посещения в месяц к одному специалисту с одним диагнозом по одному профилю, за консультацию с использованием телемедицинских технологий. *(в ред. ДС№1)*

Перечень организаций МО, имеющих прикрепленное население, и МО, оказывающих медицинскую помощь лицам, прикрепленным к другим МО, представлен в **Приложении № 21**.

Медицинская организация, указанная в п 3.1.6, вправе предъявить к оплате медицинские услуги, входящие в **Приложение № 8** при оказании первичной специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях по направлению медицинской организации, имеющей прикрепленное население. *(в ред. ДС№1)*

3.1.15. Оплата медицинской помощи, оказанной в стоматологических учреждениях и кабинетах, производится по обращениям по поводу заболевания (**таблица 2 Приложения № 4**), посещениям с профилактической целью (**таблица 2 Приложения № 5**), посещениям при оказании медицинской помощи в неотложной форме (**Приложение № 6**), с учетом УЕТ, исходя из утвержденного тарифа в пределах утвержденных Комиссией на текущий год объемов медицинской помощи и стоимости территориальной программы ОМС для МО, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи согласно **Приложению № 22**

При оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи по посещениям и обращениям учитываются условные единицы трудоемкости (УЕТ).

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях по тарифам с учетом УЕТ должна быть основана на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение. При этом для планирования объема финансовых средств на оплату стоматологической помощи в амбулаторных условиях учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении, которая по Российской Федерации составляет 4,2.

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, представлено в **Приложении № 22**.

При учете объемов оказанной стоматологической помощи учитывается кратность УЕТ: в одном посещении - 4,2, в одном посещении с профилактической целью - 4,0, в обращении по поводу заболевания (законченный случай) – 9,4.

Оказание стоматологической помощи застрахованным гражданам, не имеющим возможности по состоянию здоровья получить ее в амбулаторных условиях, осуществляется в соответствии с Приказом министерства здравоохранения Калужской области от 14.08.2012 № 860 «Об оказании стоматологической помощи гражданам, не имеющим возможности по состоянию здоровья получить ее в амбулаторно - поликлинических условиях». Объемы стоматологической помощи включаются в реестр счетов медицинской организации, оказавшей данную помощь, и подлежат оплате по утвержденному тарифу «Оказание стоматологической помощи вне стоматологической поликлиники» в пределах утвержденных Комиссией на текущий год объемов и стоимости территориальной программы ОМС для МО, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

3.1.16. Оплата мероприятий по проведению профилактических осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения согласно приказу Минздрава России от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» осуществляется по тарифам на комплексное посещение (**Приложение № 7**).

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются выполненными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение

простат-специфического антигена в крови.

Оплата мероприятий по диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации согласно приказам Минздрава России от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» осуществляется по тарифу на комплексное посещение «Диспансеризация детей-сирот» (**Приложение № 7**).

Оплата мероприятий по медицинскому обследованию детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, проведенных в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 26.02.2015 № 170 «Об утверждении Правил проведения медицинского обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей», приказом Минздрава России от 13.10.2015 № 711н «Об утверждении формы направления на медицинское обследование, а также перечня исследований при проведении медицинского обследования и формы заключения о состоянии здоровья ребенка-сироты, ребенка, оставшегося без попечения родителей, помещаемого под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» осуществляется по тарифу на комплексную услугу в рамках законченного случая «Медицинское обследование детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» (**Приложение № 7**).

Оплата мероприятий по проведению медицинских осмотров несовершеннолетних согласно приказу Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» осуществляется по тарифам за комплексные услуги в рамках законченного случая профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, с учетом пола и возраста.

В случае если у медицинской организации, проводящей диспансеризацию или профилактические медицинские осмотры в соответствии с вышеуказанными приказами, отсутствует лицензия на медицинскую деятельность в части выполнения иных работ (услуг), необходимых для проведения диспансеризации или профилактических медицинских осмотров в полном объеме, либо отсутствует техническая возможность их выполнения, указанная медицинская организация заключает договор для проведения диспансеризации с иными медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности в части выполнения требуемых работ (услуг). *(в ред. ДС№1)*

Услуги, выполненные в рамках проведения диспансеризации и профилактического осмотра, стоимость которых учтена в тарифе законченного случая диспансеризации, либо профилактического осмотра, а также 2-го этапа диспансеризации, оказанные по направлению медицинской организации (медицинского работника), к которой гражданин прикреплен на медицинское обслуживание, оплате в качестве отдельной услуги (предъявление в реестре счета страховой медицинской организации) медицинской организацией-исполнителем не подлежат.

3.1.17. Мероприятия по проведению обучения в «школах здоровья» включаются в реестр счетов по тарифу «Профилактический осмотр» по профилю врача - специалиста, проводившего обучение в «школе здоровья», с соответствующей записью в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях или в

истории развития ребенка и оформлением талона пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях, и подлежат оплате из средств МО, имеющей прикрепленное население.

3.1.18. Показатели среднего числа посещений в обращении по поводу заболеваний к специалистам медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, представлены в **Приложении № 23**.

Все посещения, выполненные в течение календарного месяца при заболеваниях, требующих длительного амбулаторно-поликлинического наблюдения (переломы костей, после острых инфарктов миокарда, инсультов и т.д.) и возможного дальнейшего направления на медико-социальную экспертизу (МСЭ) для решения вопроса о трудоспособности пациента, включаются в реестр счетов на оплату как одно обращение по заболеванию к соответствующему специалисту.

Разовые посещения по поводу заболевания включаются в реестр счетов по тарифу для всех специалистов «посещение с профилактической целью и разовое».

Посещения по поводу получения направлений, справок и медицинских документов включаются в реестр счетов по единому для всех специалистов тарифу «посещение в связи с получением медицинских документов».

3.1.19. Оплата неотложной первичной (доврачебной, врачебной) медицинской помощи, оказанной в соответствии с Приказом № 543н, осуществляется по тарифам согласно **Приложению № 6**.

3.1.20. Понижающий коэффициент для фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих менее 100 жителей к размеру финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих от 100 до 900 жителей – 0,3.

Размер финансового обеспечения ФП/ФАП, при условии их соответствия требованиям, установленным Приказом № 543н, составляет в среднем на 2020 год:

ФП/ФАП, обслуживающий до 100 жителей, – 287,16 тыс. рублей,

ФП/ФАП, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 957,2 тыс. рублей,

ФП/ФАП, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 1 516,4 тыс. рублей,

ФП/ФАП, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 1 702,8 тыс. рублей.

Перечень ФП/ФАП, дифференцированных по численности обслуживаемого населения в соответствии с Программой госгарантий с соответствующим размером финансового обеспечения установлен в **Приложении № 19. (в ред. ДС №2)**

3.1.21. МО, имеющая прикрепленное население, несет ответственность за своевременное предоставление медицинской помощи застрахованным гражданам, прикрепленным на медицинское обслуживание. Не допускается отказ в направлении указанных граждан на консультации к специалистам, лабораторные, инструментальные и диагностические исследования в другие МО, оказывающие медицинскую помощь лицам, прикрепленным к другим МО, при невозможности осуществления консультаций и исследований в МО, имеющей прикрепленное население, в установленные Территориальной программой государственных гарантий сроки.

МО, имеющая прикрепленное население, не имеющая возможности выполнения необходимых диагностических исследований, требующихся для своевременной постановки диагноза, его уточнения, либо контроля за проводимым лечением, обязана организовать выполнение исследований с учетом необходимости соблюдения предельных сроков ожидания медицинской помощи, установленных Территориальной программой государственных гарантий.

МО-исполнитель, участвующая в реализации территориальной программы ОМС, оказывающая услуги, входящие в территориальную программу ОМС (лабораторные и инструментальные исследования, консультации), несет ответственность за соблюдение сроков ожидания медицинской помощи, установленных Территориальной программой государственных гарантий.

3.1.22. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Калужской области, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 4 832,67рублей. *(в ред. ДС№2)*

3.2. Способы и порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров

3.2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, осуществляется СМО по предъявленным счетам и реестрам счетов за пролеченных больных, исходя из утвержденной стоимости 1 случая госпитализации по КСГ, с учетом уровня оказания медицинской помощи, базовой ставки, поправочных коэффициентов в пределах утвержденных Комиссией на текущий год объемов медицинской помощи и стоимости территориальной программы ОМС (по видам медицинской помощи) для МО, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

3.2.2. Стоимость 1 случая госпитализации в условиях дневных стационаров определяется по формуле:

$СС_{кsgдс} = БС_{дс} \times КЗ_{кsg} \times КУС_{мо} \times КУ \times КСЛП$, где

БС_{дс} – размер средней стоимости законченного случая лечения в дневном стационаре (базовая ставка – 12 272,64 руб.);

КЗ_{кsg} – Коэффициент относительной затратоемкости по КСГ (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне) (**Приложение № 11**);

КУС_{мо} – Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в дневном стационаре в медицинской организации, в которой был пролечен пациент (**Приложение № 9**);

КУ – Коэффициент управленческий КСГ;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациентов.

3.2.3. Оплата стоимости лечения по КСГ осуществляется по утвержденному тарифу полностью при условии выполнения установленного комплекса лечебных, реабилитационных мероприятий при направлении пациента на лечение в дневной стационар.

3.2.4. В соответствии с Методическими рекомендациями распределение объемов медицинской помощи в условиях дневного стационара осуществляется с конкретизацией в разрезе профилей оказания медицинской помощи, без конкретизации в разрезе КСГ (КПП). При осуществлении лечения в условиях дневного стационара к отдельным КСГ применяется управленческий коэффициент, в соответствии с **Таблицей 5 Приложения № 24**. Для КСГ, не указанных в таблице 5 Приложения №24, управленческий коэффициент принимается равным 1.

3.2.5. Коэффициент сложности лечения пациентов (КСЛП) применяется в случаях проведения сочетанных (симультантных) **вмешательств**, **вмешательств** на парных органах, сочетания лучевой и химиотерапии.

Значение КСЛП, перечень сочетанных (симультантных) **вмешательств** и дополнительных критериев применения КСЛП представлены в **Приложении № 28**

Оплата по КСГ с применением коэффициента сложности лечения пациентов осуществляется при условии включения в реестр счетов дополнительных классификационных критериев (услуг), перечисленных выше.

Для КСГ, не указанных в Приложении № 28, КСЛП принимается равным 1.

3.2.6. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Калужской области, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 1 126,01 рублей. *(в ред. ДС №2)*

3.3. Способы оплаты отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ или КПП

3.3.1. Оплата прерванных, в том числе сверхкоротких случаев оказания медицинской помощи.

3.3.1.1. Оплата прерванных, в том числе сверхкоротких случаев оказания медицинской помощи осуществляется следующим образом:

- в полном объеме независимо от длительности лечения согласно **таблицам 1, 2 Приложения № 24.**

- в случае, если пациенту было выполнено хирургическое **вмешательство** и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в следующем размере согласно **таблицам 3, 4 Приложения № 24:** *(в ред. ДС №1)*

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80 % от стоимости КСГ или КПП;

- при длительности лечения более 3-х дней – 100 % от стоимости КСГ или КПП.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 25% от стоимости КСГ или КПП;

- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ или КПП.

3.3.1.2. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях.

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

В случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 25% от стоимости КСГ или КПП;

- при длительности лечения более 3-х дней – в размере 100% от стоимости КСГ или КПП.

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

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции,

оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций). КСГ st19.041 подлежит 100% оплате независимо от количества дней облучения, в том случае, если соблюден режим медицинского применения радиоизотопа. *(в ред. ДС№1)*

Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 25% от стоимости КСГ или КПГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – в размере 100% от стоимости КСГ или КПГ.

Абзац пятый исключен ДС№1.

В тариф одного законченного случая лечения включено количество дней введения лекарственных препаратов, предусмотренное для той или иной схемы. При этом, количество дней введения химиотерапевтических препаратов не равно длительности госпитализации: больной может находиться в стационаре как до введения лекарственных препаратов, так и после него, например, в связи с развитием нежелательных явлений на фоне лечения.

3.3.1.4. Особенности оплаты медицинской помощи в случаях перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое в пределах одной медицинской организации, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и из дневного стационара в круглосуточный), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ -10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

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

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

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;
- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;
- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более (за исключением прерванных случаев) с последующим родоразрешением;
- проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной

контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

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

3.3.2. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе госгарантий, в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе, методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи. Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой госгарантий. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненного хирургического **вмешательства** и (или) других применяемых медицинских технологий.

После оказания в медицинской организации, в том числе медицинской организации, подведомственной федеральным органам исполнительной власти, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний (возникновения нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10, не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания), пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

3.3.3. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационара в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ №№ st37.001-st37.018 и для КСГ №№ ds37.001-ds37.012 критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с установленной маршрутизацией. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

Для КСГ №№ st37.014 – st37.018 и №№ ds37.009 – №№ ds37.012 критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и

иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

КСГ № st37.014 и № ds37.009 используется для оплаты в случаях оказания медицинской помощи детям в возрасте от 91 дня до 1 года, КСГ №№ st37.014 – st37.018 и КСГ №№ ds37.010 – №№ ds37.012 – детям в возрасте от 0 дней до 18 лет.

3.3.4. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа, в условиях дневного стационара – за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации.

Базовые тарифы на оплату гемодиализа (код услуги A18.05.002 «Гемодиализ») и перитонеального диализа (код услуги A18.30.001 «Перитонеальный диализ») рассчитаны в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (раздел XII Правил ОМС) и включают в себя расходы, определенные частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ.

За единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения при оказании услуг диализа, что является законченным случаем лечения заболевания. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

При этом в период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

В случае, если выполняются услуги диализа при сепсисе, септическом шоке, полиорганной недостаточности, печеночной недостаточности, острых отравлениях, острым некротическом панкреатите, острым рабдомиолизе и других миоглобинурических синдромах, парапротеинемических гемобластозах, жизнеугрожающих обострениях аутоиммунных заболеваний, устанавливаются тарифы на следующие услуги для осуществления дополнительной оплаты услуг к стоимости КСГ:

- A18.05.002.004 Гемодиализ с селективной плазмофильтрацией и адсорбцией;
- A18.05.003.001 Гемофильтрация крови продленная;
- A18.05.006.001 Селективная гемосорбция липополисахаридов;
- A18.05.001.001 Плазмообмен;
- A18.05.001.003 Плазмодиафильтрация;
- A18.05.001.005 Плазмофильтрация селективная;
- A18.05.001.004 Плазмофильтрация каскадная;
- A18.05.020.001 Плазмосорбция сочетанная с гемофильтрацией;

A18.05.021.001 Альбуминовый диализ с регенерацией альбумина;
A18.05.007 Иммуносорбция.

3.3.5. Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология»

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

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

С учетом КСЛП оплата экстракорпорального оплодотворения осуществляется в зависимости от этапа в размере согласно таблице 1:

Таблица 1

п/п	Наименование этапов проведения ЭКО	Значение КСЛП
1.	Проведение первого этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции), I-II (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки), I-III (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов (неполный цикл)	0,6
2.	Проведение I-III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов (неполный цикл)	1
3.	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов	1
4.	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов	1,1
5.	Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос)	0,19

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

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения, утвержденный Программой госгарантий в размере 118713,5 рублей,

соответствует стоимости полного цикла экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов и представляет собой усредненную стоимость случая экстракорпорального оплодотворения с учетом проведения у части пациентов неполных циклов и проведения в отдельных случаях полного цикла с криоконсервацией эмбрионов.

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

3.4. Способы и порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара

3.4.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в круглосуточных стационарах, осуществляется СМО по предъявленным счетам и реестрам счетов за пролеченных больных, исходя из утвержденной стоимости 1 случая госпитализации КСГ/КПГ, с учетом уровня оказания медицинской помощи, базовой ставки, поправочных коэффициентов в пределах установленных на текущий год объемов медицинской помощи и стоимости территориальной программы ОМС (по видам медицинской помощи) для МО, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Стоимость 1 случая госпитализации в условиях круглосуточного стационара определяется по формуле:

$СС_{\text{КСГ/КС}} = БС_{\text{КС}} \times КЗ_{\text{КСГ/КПГ}} \times КУС_{\text{МО}} \times КУ \times КСЛП$, где

«БС_{КС} – размер средней стоимости законченного случая лечения в круглосуточном стационаре (базовая ставка – 22 563,91 руб.);

КЗ_{КСГ/КПГ} – Коэффициент относительной затратоемкости по КСГ или КПГ (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне) (**Приложение № 12**);

КУС_{МО} – Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в круглосуточном стационаре в медицинской организации, в которой был пролечен пациент (**Приложения № 9**);

КУ – Коэффициент управленческий по КСГ (**Таблица 5 Приложения 24**); *(в ред. ДС№1)*

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациентов (**Таблица 1 Приложения 28**); *(в ред. ДС№1)*

Медицинская помощь оплачивается с применением Коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в круглосуточном стационаре для КСГ согласно **Приложению № 9**. Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи, а также оказание услуг с применением телемедицинских технологий.

3.4.2. Если в рамках одного случая лечения пациенту было оказано несколько хирургических вмешательств, оплата осуществляется по хирургической КСГ, которая имеет более высокий коэффициент затратоемкости.

3.4.3. Если пациенту оказывалось оперативное лечение, но затратоемкость группы, к которой данный случай был отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, меньше затратоемкости терапевтической группы, к которой его можно было отнести в

соответствии с кодом диагноза по МКБ 10, оплата может осуществляться по терапевтической группе. Перечень исключений, не предусматривающий возможность выбора между Номенклатурой и диагнозом представлен в **Таблице 5 Приложения № 28**.

Случаи оказания медицинской помощи подлежат медико-экономической экспертизе, при необходимости экспертизе качества медицинской помощи.

3.4.4. Коэффициент сложности лечения пациентов (КСЛП) применяется в случаях проведения сочетанных (симультантных) **вмешательств**, **вмешательств** на парных органах сочетания лучевой и химиотерапии.

Значение КСЛП, перечень сочетанных (симультантных) **вмешательств** и дополнительных критериев применения КСЛП представлены **Приложением № 28**.

Оплата по КСГ с применением коэффициента сложности лечения пациентов осуществляется при условии включения в реестр счетов дополнительных классификационных критериев (услуг), перечисленных выше.

3.4.5. Оплата стоимости лечения по КСГ/КПП осуществляется по тарифу в полном объеме при условии выполнения комплекса диагностических и (или) лечебных, мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи.

3.4.6. Перечень КСГ круглосуточного стационара, являющихся исключениями, по которым оплата осуществляется в полном объеме, независимо от длительности лечения, представлен в **Таблице 1 Приложения № 24**.

3.4.7. 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 оплате в рамках соответствующих КСГ.

Если перевод осуществляется в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата осуществляется в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, за исключением перевода пациента в отделение медицинской реабилитации, а также дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением, где оплата по двум КСГ (КСГ № st02.001 «Осложнения беременности» и КСГ № st02.003 «Родоразрешение» или КСГ № st02.001 «Осложнения беременности» и КСГ № st02.004 «Кесарево сечение») осуществляется в случае пребывания в отделении патологии беременности 6 дней и более.

При этом оплата по двум КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее двух 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.

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

Случай перевода с краткосрочным пребыванием (1-3 койко-дня), связанный с уточнением диагноза, не подлежит оплате как законченный случай лечения по отдельной КСГ. В указанном случае оплата осуществляется за весь период лечения в стационаре со дня госпитализации в первое отделение, до дня выписки из второго отделения по КСГ заболевания, установленного во втором отделении. При этом день госпитализации и день выписки считается как один койко-день.

3.4.8. КСГ № st38.001 «старческая астения» или КПГ № st38 «гериатрия» могут быть предъявлены на оплату только при наличии в медицинской организации лицензии по профилю «гериатрия». Случаи лечения пациентов старше 60 лет при наличии у него функциональной зависимости (индекс Бартела – 60 баллов и менее) оплачиваются с применением КСЛП.

3.4.9. В соответствии с Методическими рекомендациями распределение объемов медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара, осуществляется с конкретизацией в разрезе профилей оказания медицинской помощи, без конкретизации в разрезе КСГ (КПГ). При осуществлении лечения в стационарных условиях к отдельным КСГ применяется управленческий коэффициент в соответствии с **Таблицей 5 Приложения №24.**

3.4.10. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Калужской области, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 5 123,94рублей. (в ред. ДС№2)

3.5. Способы и порядок оплаты видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования

Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (далее - ВМП), оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационаров, осуществляется СМО по предъявленным счетам за пролеченных больных, исходя из утвержденной стоимости 1 случая госпитализации по группам ВМП, в пределах установленных на текущий год объемов ВМП и стоимости территориальной программы ОМС для МО, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления высокотехнологичной медицинской помощи.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема (тариф на оплату ВМП) предоставления высокотехнологичной медицинской помощи установлены в соответствии с приложением к Программе госгарантий (раздел I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи) (далее - Перечень).

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе госгарантий в рамках Перечня. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненного хирургического **вмешательства** и/или других применяемых медицинских технологий.

Оплата ВМП осуществляется по нормативам финансовых затрат в полном объеме при условии выполнения всех указанных выше требований Программы госгарантий и Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.10.2019 N 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

3.6. Способы и порядок оплаты скорой медицинской помощи

3.6.1. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, (за исключением скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой отделением экстренной консультативной скорой медицинской помощи) производится по утвержденному в установленном порядке тарифу на основе дифференцированного подушевого норматива финансирования (далее - подушевой норматив СМП) на скорую медицинскую помощь.

Подушевой норматив на СМП включает в себя плановые финансовые средства:

- обеспечивающие собственную деятельность МО, оказывающей СМП в пределах территориальной зоны обслуживания, в том числе финансовое обеспечение дополнительных выплат врачам, фельдшерам и медицинским сестрам, оказывающим скорую медицинскую помощь;

- на оплату вызовов СМП, оказанных обслуживаемым гражданам МО, в которых эти лица не находятся на медицинском обслуживании по территориальному принципу.

В состав подушевых нормативов СМП не входят:

- вызовы «Вызов СМП с проведением тромболизиса», «Вызов СМП с проведением тромболизиса препаратом Пулолаза». Указанные вызовы подлежат оплате по установленному тарифу за каждый вызов дополнительно к подушевому нормативу СМП;

- вызовы выездной консультативной бригады скорой медицинской помощи.

- вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи по профилю анестезиология - реанимация.

3.6.2. Расчет подушевых нормативов для оплаты (финансового обеспечения) скорой медицинской помощи осуществляется в соответствии с Методикой расчета подушевых нормативов для оплаты скорой медицинской помощи (**Приложение № 25**).

Размер ежемесячного финансового обеспечения (Рф) для каждой МО, оказывающей СМП и имеющей обслуживаемое население, определяется исходя из численности обслуживаемого по территориальному принципу МО населения СМП и подушевого норматива СМП (**Приложение № 14**).

3.6.3. Оплата СМП осуществляется СМО по утвержденному в установленном порядке подушевому нормативу СМП на обслуживаемое по территориальному принципу население в соответствии с заключенными с МО договорами в следующем порядке:

1) Средства ежемесячного финансового обеспечения составляют «Базовую часть подушевого норматива СМП» (Бч), которую СМО направляет:

- на выплату авансовых платежей в соответствии с заключенными договорами на оказание и оплату медицинской помощи между СМО и МО, имеющей обслуживаемых СМП граждан в соответствии с территориальной зоной обслуживания (СМП, имеющая обслуживаемое население);

- на проведение межучрежденческих взаиморасчетов (Мв) за скорую медицинскую помощь, оказанную МО (СМП - исполнителем) обслуживаемому гражданину,

зарегистрированному вне закрепленной за данной МО, оказывающей скорую медицинскую помощь, территориальной зоны обслуживания;

- на оплату предъявленного МО (СМП, имеющей обслуживаемое население) счета на сумму остаточного дохода с учетом выданного аванса.

2) Для проведения окончательного расчета по Базовой части подушевого норматива СМП СМО ежемесячно формирует остаточный доход (Од) в разрезе МО, оказывающих СМП и имеющих обслуживаемое население:

$$\text{Од} = \text{Бч} - \text{Мв.}$$

СМО доводит до сведения МО, оказывающих СМП, информацию об остаточном доходе для формирования медицинской организацией, имеющей обслуживаемое население, счета на оплату скорой медицинской помощи.

Кроме того, СМО оплачивает МО (СМП, имеющей обслуживаемое население) скорую медицинскую помощь, оказанную гражданам, не состоящим у нее на медицинском обслуживании по территориальному принципу (в этих случаях СМП, имеющая обслуживаемое население, является СМП – исполнителем), путем оплаты предъявленного данной медицинской организацией счета и реестра счета за оказанную медицинскую помощь (СМП) (**Приложение № 15**).

3) Счет на сумму остаточного дохода от МО (СМП, имеющей обслуживаемое население) будет принят к оплате СМО при условии предъявления реестров счетов за оказанную скорую медицинскую помощь.

В реестры счетов на оплату скорой медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам (**Приложение № 15**).

По предъявленным реестрам счетов СМО проводит контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, а также осуществляет аналитический учет объемов.

3.6.4. Оплата скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой отделением экстренной консультативной скорой медицинской помощи, осуществляется по утвержденному в установленном порядке тарифу - вызов экстренной консультативной бригады скорой медицинской помощи (**Приложение № 15**).

3.6.5. Из средств обязательного медицинского страхования не оплачивается привлечение бригад скорой медицинской помощи к дежурствам на культурно-массовых мероприятиях.

3.6.6. Средний размер финансового обеспечения скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Калужской области, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 694,56 рублей. (в ред. ДС№2)

3.7. Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Калужской области

3.7.1. Оплата медицинской помощи, оказанной на территории Калужской области гражданам, застрахованным СМО за пределами Калужской области, осуществляется в соответствии с разделом X Правил ОМС.

3.7.2. Оплата счетов медицинской организации осуществляется за счет средств нормированного страхового запаса Фонда.

3.7.3. Оплата первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, являющейся частью

специализированной медицинской помощи, включенной в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, скорой медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, в медицинских организациях, работающих в сфере ОМС Калужской области, осуществляется:

а) при оплате амбулаторно-поликлинической помощи по тарифам на медицинскую услугу, обращениям по поводу заболевания, за посещение по неотложной помощи, за посещение с профилактической и иными целями (**Приложение № 3, № 3.1, № 3.2, № 4, № 5, № 6, № 7**),

б) при оплате медицинской помощи в условиях дневных стационаров по тарифу на законченный случай лечения заболевания по КСГ (стоимость законченного случая лечения определяется в соответствии с подразделом 3.2 раздела III настоящего Соглашения),

в) при оплате медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара по тарифам на законченный случай лечения заболевания по КСГ/КПГ (стоимость законченного случая лечения определяется в соответствии с подразделом 3.4 раздела III Соглашения),

г) при оплате скорой медицинской помощи по тарифам на вызов СМП (**Приложение № 15**),

д) при оплате высокотехнологичной медицинской помощи по установленным федеральным нормативам финансовых затрат (стоимость законченного случая лечения определяется в соответствии с разделом 3.5 Соглашения).

Оплата первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, являющейся частью специализированной медицинской помощи, осуществляется по тарифам, действующим на момент оказания медицинской помощи, и в соответствии с условиями Соглашения.

3.7.4. Не подлежит оплате за счет средств ОМС медицинская помощь, оказанная гражданам, застрахованным СМО за пределами территории Калужской области:

а) высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств федерального бюджета (раздел II Перечня);

б) медицинская помощь, оказываемая за счет средств бюджетов всех уровней;

в) медицинская помощь, оказанная непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве и вследствие профессиональных заболеваний, оплаченных Фондом социального страхования;

г) обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические (в течение трудовой деятельности) медицинские осмотры;

д) медицинские осмотры, проводимые в административных целях (согласно МКБ-10), за исключением:

– осмотров, проводимых при поступлении в дошкольные учреждения и учебные заведения (код медицинского осмотра по МКБ-10 Z02.0),

– получение медицинских свидетельств о: причине смерти, нетрудоспособности (код медицинского осмотра по МКБ-10 Z02.7),

– осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей, в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую

программу обязательного медицинского страхования (код медицинского осмотра по МКБ-10 Z02.8 в части «обследований при усыновлении»);

– проведения обязательных диагностических исследований и оказание медицинской помощи по поводу заболеваний и состояний, при постановке граждан на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении договора об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования;

е) медицинская помощь, оказываемая при заболеваниях, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения;

3.7.5. Медицинские услуги:

- диспансеризация определенных групп взрослого населения;
- диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;
- профилактические медицинские осмотры детского и взрослого населения;
- медицинское обследование детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- услуги, оказанные в профилактических целях (в т.ч. вакцинация, посещения центров здоровья)

предоставляются гражданам, застрахованным за пределами Калужской области, только при наличии заявления о выборе медицинской организации, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 г. № 1342н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта РФ, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственный гарантий бесплатного оказания медицинской помощи».

3.7.6. За счет средств ОМС оплачивается проведение дифференциальной диагностики впервые случайно выявленных заболеваний, передающихся половым путем, в том числе проведение лабораторных исследований.

3.8. Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам Калужской области на территории других субъектов Российской Федерации

В соответствии с разделом X «Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования» Правил ОМС, Фонд принимает от территориальных фондов ОМС по месту оказания медицинской помощи гражданам, застрахованным СМО на территории Калужской области, счета и реестры счетов за оказанную им медицинскую помощь медицинскими организациями,

осуществляющими деятельность в сфере ОМС на территории соответствующих субъектов Российской Федерации.

Оплата предъявленных территориальными фондами ОМС по месту оказания медицинской помощи за пределами Калужской области счетов и реестров счетов осуществляется за счет средств нормированного страхового запаса Фонда.

3.9. Особенности оплаты медицинской помощи в сфере ОМС

3.9.1. Исследования, проведенные пациенту на компьютерном томографе и/или магнитно-резонансном томографе, при оказании неотложной помощи в приемном отделении без динамического наблюдения, а также в травматологическом пункте, включаются в реестр счетов на оплату медицинской помощи дополнительно к стоимости посещения.

3.9.2. При невозможности МО оказать застрахованному гражданину необходимые для диагностики, лечения, а также для получения консультации в областных консультативных поликлиниках медицинские услуги (медицинские вмешательства) в соответствии с Программой ОМС, медицинская организация направляет в другую медицинскую организацию пациента для получения им соответствующей услуги (соответствующего обследования) и/или биологические и иные материалы для исследований. Оплата услуг (вмешательств) и/или исследований осуществляется за счет средств МО, имеющей прикрепленное население, или по договорам, заключенным между медицинскими организациями, в соответствии с номенклатурой услуг, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения РФ от 13.10.2017 № 804н, в установленном в договоре размере.

Договоры, предусмотренные абзацем первым настоящего пункта, заключаются в случаях, если:

- услуги (обследования) и/или исследования проводятся для МО в рамках оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях; *(в ред. ДС №1)*
- услуги (обследования) и/или исследования проводятся для МО в рамках медицинской помощи в условиях дневных стационаров;
- услуги (обследования) и/или исследования производится для МО в рамках медицинской помощи в условиях круглосуточных стационаров.

3.9.3. Проведение исследований на гепатиты, ВИЧ при плановой госпитализации на оперативное лечение осуществляется в соответствии с требованиями СанПин 2.1.3.2630-10 (раздел 9).

3.9.4. При изменении размера тарифа в период лечения больного оплата осуществляется по тарифу, действующему на момент завершения случая оказания медицинской помощи.

3.9.5. В случае обнаружения туберкулеза у больного при первичной диагностике, медицинской организации осуществляется оплата по соответствующей КСГ до перевода в специализированное учреждение.

3.9.6. Случаи оказания медицинской помощи новорожденным детям со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения включаются в реестры счетов на оплату по полису матери, при отсутствии у матери полиса обязательного медицинского страхования - по полису иных законных представителей новорожденного.

3.9.7. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в период отсутствия (приостановления действия) лицензии, в том числе по месту оказания медицинской помощи, не осуществляется.

3.9.8. Годовые согласованные объемы медицинской помощи формируются:

для медицинской помощи, оказанной в амбулаторной условиях, – в обращениях по поводу заболевания, посещениях с профилактической и иными целями, посещениях при оказании медицинской помощи в неотложной форме, медицинских услугах;

для медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточных стационаров, – в случаях госпитализации;

для медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов, – в случаях госпитализации;

для скорой медицинской помощи – в вызовах.

3.9.9. Комиссия в случае необходимости, на основании анализа реестров счетов медицинских организаций, принятых СМО к оплате (с учетом результатов медико-экономического контроля и других видов контроля), проводит корректировку согласованных объемов медицинской помощи и стоимости медицинской помощи по территориальной программе ОМС в разрезе СМО и МО.

3.9.10. Оплате в пределах 100 % согласованных объемов (нарастающим итогом с начала года) и стоимости территориальной программы ОМС для МО подлежат оказанные диагностические и другие медицинские услуги, лабораторные исследования в соответствии с Перечнями медицинских услуг.

3.9.11. При осуществлении СМО приема счетов и реестров счетов за пролеченных больных случаи оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме принимаются и оплачиваются в пределах утвержденных решением Комиссии общих объемов предоставления медицинской помощи и стоимости территориальной программы ОМС для МО.

3.9.12. При возникновении обстоятельств, дестабилизирующих финансовое положение медицинских организаций (уменьшение доходной части бюджета Фонда), объемы и стоимость территориальной программы ОМС уменьшаются на основании решения Комиссии.

3.9.13. Особенностью оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным на территории Калужской области, в том числе имеющим регистрацию за пределами территории Калужской области, является следующее:

а) проведение межучрежденческих взаиморасчетов осуществляется в соответствии с кодом МО, имеющей прикрепленное население;

б) проведение межучрежденческих взаиморасчетов при отсутствии прикрепления к МО, имеющей прикрепленное население, осуществляется в соответствии с кодом направления МО, имеющей прикрепленное население;

в) при отсутствии прикрепления и направления МО, имеющей прикрепленное население, - вопрос оплаты медицинской помощи, оказанной МО, оказывающей медицинскую помощь лицам, прикрепленным к другим МО, рассматривается Комиссией.

3.9.14. Особенностью межучрежденческих взаиморасчетов (Мв) за услугу «Флюорография легких на передвижном флюорографе (цифровая)» является осуществление оплаты по утвержденному тарифу при условии выезда установки с проведением обследования лицам, прикрепленным к другим МО, и оформлением соответствующего рентгенологического заключения по результатам обследования. При

отсутствии одной из составляющей тарифа на данную услугу взаиморасчеты в рамках межучрежденческих взаиморасчетов не осуществляются.

3.9.15. Индексация тарифов на оплату медицинской помощи в сфере ОМС производится на основании решения Комиссии в рамках утвержденного бюджета Фонда на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов.

3.10. Взаимодействие между участниками и субъектами ОМС

3.10.1. Взаимодействие между участниками и субъектами ОМС осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, регламентирующими ОМС, нормативными документами ФФОМС, заключенными между участниками ОМС договорами о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, «Порядком информационного взаимодействия между участниками обязательного медицинского страхования при осуществлении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Калужской области» от 01.11.2018, утвержденным министерством здравоохранения Калужской области, Фондом, Акционерным обществом «МАКС-М» в лице филиала в г. Калуге, Обществом с ограниченной ответственностью ВТБ Медицинское страхование в лице Калужского филиала (далее - Порядок информационного взаимодействия между участниками ОМС), размещенным на официальном сайте Фонда в сети «Интернет».

3.10.2. Медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере ОМС, оказывают плановую медицинскую помощь застрахованным гражданам на основании предъявленного ими полиса ОМС или временного свидетельства, подтверждающего оформление полиса и удостоверяющее право на бесплатное оказание застрахованным лицам медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая, и документа, удостоверяющего личность гражданина.

3.10.3. Для лиц, не идентифицированных в период оказания медицинской помощи, медицинской организацией в Фонд представляется ходатайство об идентификации застрахованного лица, содержащее предполагаемые сведения о застрахованном лице (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, место пребывания) и сведения о ходатайствующей организации (наименование, контактная информация, фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, печать).

В случае подачи медицинской организацией ходатайства об идентификации застрахованного лица Фонд осуществляет в течение трех рабочих дней со дня получения ходатайства проверку на наличие у застрахованного лица действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц. Результаты проверки Фонд в течение одного рабочего дня после окончания проверки представляет в медицинскую организацию.

После идентификации застрахованного лица сведения об оказанной медицинской помощи включаются в счет на оплату медицинской помощи.

3.10.4. СМО обязуются осуществлять обмен сведениями о застрахованных лицах в соответствии с приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», Порядком информационного взаимодействия между участниками ОМС.

3.10.5. Из средств ОМС оплачивается медицинская помощь в соответствии с Перечнем заболеваний и состояний по МКБ-10 (Приложение № 27).

3.10.6. Основанием для финансирования Фондом СМО за счет средств ОМС являются договоры о финансовом обеспечении ОМС.

Объем финансирования СМО определяется Фондом в соответствии с Правилами ОМС.

Для расчета коэффициентов дифференциации для каждой половозрастной группы принимаются данные о затратах на оплату медицинской помощи застрахованным лицам Калужской области за 2019 год.

3.10.7. При обоснованном недостатке у СМО финансовых средств для оплаты медицинской помощи застрахованным лицам по ОМС, СМО обращается в Фонд за дополнительным финансированием в соответствии с Порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом ФФОМС от 27.03.2019 № 54 «О Порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования».

3.10.8. В случае расторжения (приостановления действия) договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования между Фондом и СМО, оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам, в течение двух месяцев, до момента перестрахования граждан другой (другими) СМО, осуществляет Фонд.

3.10.9. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС, производится СМО в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС с учетом способов оплаты медицинской помощи и размеров тарифов, утвержденных для МО по видам оказания медицинской помощи.

Оплате за счет средств обязательного медицинского страхования подлежит медицинская помощь (по видам медицинской помощи) в пределах объемов медицинской помощи и стоимости территориальной программы ОМС для МО, установленных решением Комиссии на год с поквартальной разбивкой и обоснованной последующей корректировкой.

Не является обязательством СМО и Фонда оплата объемов медицинской помощи, предоставленной сверх утвержденных Комиссией объемов медицинской помощи и (или) стоимости территориальной программы ОМС.

3.10.10. Медицинская организация несет ответственность перед СМО и Фондом за достоверность предъявленных к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь и сведений представленных в реестрах счетов пролеченных больных, в соответствии с Правилами ОМС, Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным Приказом ФФОМС № 36.

3.10.11. На основании представленных МО реестров счетов страховые медицинские организации осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с Приказом ФФОМС № 36.

В реестр счетов может быть включена медицинская помощь, оказанная в месяце, предшествующему отчетному.

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. При наличии отклоненных от оплаты позиций реестров счетов за оказанную медицинскую помощь по результатам проведенного СМО контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи медицинские организации вправе доработать и представить в СМО реестры счетов по отклоненным ранее от оплаты позициям реестров счетов за оказанную медицинскую помощь, не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения акта медико-экономического контроля от СМО.

Доработанные позиции реестров счетов, ранее отклоненные от оплаты, предоставляются в СМО отдельным реестром и не подлежат повторному включению в основной реестр счетов за последующий отчетный период.

Результаты проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи оформляются актами, содержащими сведения о дефектах медицинской помощи и/или нарушениях при оказании медицинской помощи в соответствии с Приказом ФФОМС № 36.

4.2. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно ст. 41 Федерального закона № 326-ФЗ, Правилам ОМС удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию или в Фонд в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля.

Перечень оснований, 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, указаны в **Приложении № 26**.

Общий размер санкций, применяемых к медицинским организациям, рассчитывается в соответствии с Правилами ОМС.

4.3. Медицинские организации, допустившие нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, привлекаются к ответственности на основании положений (норм), действовавших во время совершения нарушения (дату завершения случая лечения).

Положения (нормы), впервые устанавливающие ответственность или отягчающие ответственность по сравнению с ранее установленной, повышающие размер санкций или иным образом ухудшающие положение медицинской организации, допустившей нарушение, обратной силы не имеют.

Положения (нормы), отменяющие или смягчающие ответственность за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, имеют обратную силу.

4.4. Расходование средств ОМС медицинскими организациями производится в соответствии со структурой тарифа на оплату медицинской помощи.

Расходование средств ОМС медицинской организацией на цели, не предусмотренные настоящим Соглашением, является нецелевым использованием средств ОМС, в том числе:

- направление средств ОМС на возмещение расходов по видам медицинской помощи, не включенным в территориальную программу ОМС, а также по медицинской помощи, финансирование которой предусмотрено из других источников;

- направление средств ОМС на возмещение расходов по медицинским услугам, не предусмотренным лицензией медицинской организации;
- направление средств ОМС на возмещение расходов, подлежащих оплате из средств бюджетов соответствующих уровней;
- направление средств ОМС на возмещение расходов (оплату услуг), не включенных в структуру тарифов на медицинские услуги в сфере ОМС;
- направление средств ОМС на цели, не предусмотренные условиями договора между СМО (Фондом) и медицинской организацией;
- оплата собственных обязательств медицинских организаций, не связанных с деятельностью по обязательному медицинскому страхованию;
- расходование средств обязательного медицинского страхования на иные цели, не соответствующие условиям их предоставления (на цели, не связанные с оказанием медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС).

При установлении Фондом фактов нецелевого расходования средств ОМС медицинской организацией, медицинская организация в соответствии с требованием Фонда обязана восстановить эти средства в соответствии с действующим законодательством.

V. Заключительные положения

5.1. Порядок разрешения споров

5.1.1. При наличии у участников обязательного медицинского страхования предложений о внесении изменений в настоящее Соглашение они направляют свои предложения в Комиссию.

5.1.2. В случае возникновения споров по настоящему Соглашению между участниками обязательного медицинского страхования они принимают все меры по разрешению споров путем переговоров. При необходимости для разрешения спорных вопросов участники обязательного медицинского страхования вправе привлечь Комиссию.

5.1.3. Вопросы, связанные с рассмотрением тарифов и формированием тарифного соглашения, рассматриваются Комиссией.

5.1.4. Все неурегулированные участниками обязательного медицинского страхования споры в рамках выполнения настоящего Соглашения разрешаются в судебном порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

5.2. Срок действия Соглашения и порядок его изменения

5.2.1. Настоящее Соглашение вступает в силу с «01» января 2020 года и действует по «31» декабря 2020 года.

5.2.2. Настоящее Соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Соглашения с момента их подписания Сторонами.

5.2.3. Настоящее Соглашение составлено в пяти экземплярах, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

5.2.4. Неотъемлемой частью настоящего Соглашения являются Приложения №№ 1- 28.