

Приложение 1
к решению Комиссии по разработке
территориальной программы
обязательного медицинского страхования
Республики Хакасия № 2
от 10 февраля 2016 года

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ НА 2016 ГОД**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ в составе:
Коган Натальи Васильевны – Министра здравоохранения Республики Хакасия,
председателя Комиссии;

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ (далее – Фонд) в составе:

Бурнаковой Любови Алексеевны – директора Территориального фонда
обязательного медицинского страхования Республики Хакасия;

Баутиной Ирины Михайловны – заместителя директора Территориального фонда
обязательного медицинского страхования Республики Хакасия по экономическим
вопросам, секретаря Комиссии;

СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ И МЕДИЦИНСКИЕ
ОРГАНИЗАЦИИ в составе:

Мальгиной Нины Юрьевны – директора филиала общества с ограниченной
ответственностью «Страховая компания «Ингосстрах-М» в г. Саяногорске;

Федосеева Виктора Павловича – директора Хакасского филиала акционерного
общества «Медицинская страховая организация «Надежда»;

Ананьевского Олега Васильевича – главного врача государственного бюджетного
учреждения здравоохранения Республики Хакасия «Абаканская межрайонная
клиническая больница»;

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ НЕКОММЕРЧЕСКИЕ
ОРГАНИЗАЦИИ ИЛИ ИХ АССОЦИАЦИИ (СОЮЗЫ) И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
СОЮЗЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ИЛИ ИХ ОБЪЕДИНЕНИЙ (АССОЦИАЦИЙ)
в составе:

Молостова Сергея Николаевича – председателя Хакасской республиканской
организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации;

Гольневой Тамары Ивановны – заместителя председателя Хакасской
республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской
Федерации;

Ходченко Дмитрия Георгиевича – председателя Хакасской республиканской
Ассоциации врачей;

Стреленко Александра Анатольевича – члена Хакасской республиканской
Ассоциации врачей,

а вместе именуемые СТОРОНЫ, руководствуясь

Федеральным законом Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об
обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями),

Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об
основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями),

приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (с изменениями) (далее – Правила ОМС),

постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» (далее – Программа),

методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.12.2015 № 11-9/10/2-7938, № 8089/24-и (далее – Методические рекомендации),

приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (с изменениями),

Законом Республики Хакасия от 07.12.2015 № 109-ЗРХ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Хакасия на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов»,

постановлением Правительства Республики Хакасия от 03.02.2012 № 56 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Хакасия» (с изменениями),

постановлением Президиума Правительства Республики Хакасия от 26.08.2014 № 86-п «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Республике Хакасия (2014-2018 годы)»,

постановлением Правительства Республики Хакасия от 29.12.2015 № 725 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Хакасия на 2016 год»

с целью реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования, заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ СОГЛАШЕНИЯ:

1.1. Предметом настоящего Соглашения является заключение Тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования Республики Хакасия на 2016 год (далее - Тарифное соглашение).

1.2. Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Республики Хакасия на 2016 год основано на следующих принципах:

- приоритетность законных прав и интересов граждан на получение доступной и качественной медицинской помощи по Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Республике Хакасия на 2016 год;

- обязательность исполнения сторонами обязательств, принятых по Тарифному соглашению и договорных обязательств в системе обязательного медицинского страхования, безусловность ответственности за их исполнение;

- достижение медицинскими организациями целевых показателей «дорожной карты» по средней заработной плате, не допуская их превышения;

- эффективность использования целевых средств обязательного медицинского страхования, при обеспечении доступности и повышении качества медицинской помощи гражданам;

- достоверность сведений, формируемых участниками системы обязательного медицинского страхования в Республике Хакасия, и ответственность за действительность сведений.

1.3. Основными задачами настоящего Тарифного соглашения, как инструмента реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования, а также тарифной политики в рамках реализации программы обязательного медицинского страхования и развития здравоохранения Республики Хакасия на 2016 год являются:

- создание условий для предоставления гражданину государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи;
- повышение эффективности расходования средств обязательного медицинского страхования, финансирование медицинских организаций в зависимости от уровня достижения целевых показателей;
- реализация приоритетных направлений государственной политики:
 - профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни;
 - повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи;
 - повышение эффективности службы родовспоможения и детства;
 - развитие медицинской реабилитации населения;
 - обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами;
 - создание системы лекарственного обеспечения, основанной на принципах эффективного непрерывного фармацевтического менеджмента.
- организация страховыми медицинскими организациями контроля предоставления качественных медицинских услуг, финансовой оценки работы медицинских организаций.

1.4. Настоящее Соглашение определяет и устанавливает:

- порядок формирования тарифов на оплату медицинской помощи с учетом использования эффективных способов оплаты медицинской помощи;
- порядок контроля за выполнением медицинскими организациями объемов медицинской помощи, установленных программой обязательного медицинского страхования на 2016 год, показателей оценки деятельности медицинских организаций; а также сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- порядок финансового и информационного взаимодействия в системе обязательного медицинского страхования.

2. ОСНОВНЫЕ УСЛОВИЯ:

СТОРОНЫ, являющиеся участниками настоящего Соглашения, принимая во внимание основную цель развития системы здравоохранения на территории Республики Хакасия, заключающуюся в формировании системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки,

признавая необходимым установить посредством Тарифного соглашения единые правила формирования тарифов на медицинские услуги и порядок оплаты медицинской помощи,

считая, что целью Тарифного соглашения является достижение большего единства и понимания между его участниками, при этом с уважением соблюдая права и интересы каждой из СТОРОН,

принимают на себя и обязуются добросовестно в полном объеме выполнять следующие обязательства:

2.1. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ обязуется осуществлять:

- организацию лицензирования медицинской деятельности;
- обеспечение контроля за качеством оказываемой гражданам медицинской помощи;
- разработку нормативов оказания медицинской помощи, контроль за их соблюдением;
- разработку предложений по совершенствованию системы обязательного медицинского страхования граждан;
- информационный обмен в соответствии с установленными стандартами и регламентами;
- обеспечение защиты конфиденциальной информации, в том числе персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2. ФОНД обязуется осуществлять:

- финансирование обязательного медицинского страхования в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и Республики Хакасия;
- обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования на территории Республики Хакасия;
- контроль за целевым использованием финансовых средств, направленных на обязательное медицинское страхование граждан;
- обеспечение предусмотренных законодательством Российской Федерации прав граждан в системе обязательного медицинского страхования;
- информационный обмен в соответствии с установленными стандартами и регламентами;
- обеспечение защиты конфиденциальной информации, в том числе персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.3. СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ обязуются обеспечить:

- использование средств обязательного медицинского страхования по целевому назначению;
- осуществление оплаты медицинской помощи в порядке, установленном настоящим Тарифным соглашением;
- осуществление контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи в соответствии с условиями договоров на оказание медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию;
- осуществление защиты прав застрахованных граждан;
- осуществление информационного обмена в соответствии с установленными стандартами и регламентами;
- обеспечение защиты конфиденциальной информации, в том числе персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.4. МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ обязуются обеспечить:

- оказание качественной, доступной медицинской помощи в объемах и на условиях программы обязательного медицинского страхования населения Республики Хакасия в 2016 году;
- использование средств обязательного медицинского страхования по целевому назначению;
- выполнение требований медицинской этики, деонтологии, врачебной тайны;
- осуществление информационного обмена в соответствии с установленными стандартами и регламентами;
- обеспечение защиты конфиденциальной информации, в том числе

персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.5. МЕДИЦИНСКИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ НЕКОММЕРЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИЙ ИЛИ ИХ АССОЦИАЦИИ (СОЮЗЫ) И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СОЮЗЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ИЛИ ИХ ОБЪЕДИНЕНИЯ (АССОЦИАЦИИ) обязуется обеспечить:

- активное участие в формировании и реализации региональной нормативной правовой базы в сфере здравоохранения;
- проведение информационной работы в медицинских организациях;
- контроль за соблюдением медицинскими организациями норм трудового законодательства;
- осуществление иных полномочий в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН:

3.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Соглашению СТОРОНЫ несут ответственность в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации и настоящим Соглашением.

4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ:

4.1. Настоящее Соглашение действует с 1 января 2016 года до 31 декабря 2016 года (включительно).

4.2. Внесение изменений и дополнений в настоящее Соглашение оформляются путем подписания дополнительных соглашений в соответствии с решениями комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Хакасия.

4.3. Все приложения к настоящему Соглашению являются его неотъемлемой частью.

Министр здравоохранения
Республики Хакасия,
председатель Комиссии

Н.В. Коган

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Республики Хакасия

Л.А. Бурнакова

Заместитель директора Территориального
фонда обязательного медицинского
страхования Республики Хакасия
по экономическим вопросам,
секретарь Комиссии

И.М. Баутина

Директор филиала
ООО «СК «Ингосстрах – М»
в г. Саяногорске

Н.Ю. Мальгина

Директор Хакасского филиала
АО «Медицинская страховая
организация «Надежда»

В.П. Федосеев

Главный врач ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая больница имени Г.Я. Ремишевской»	Д.О. Лялин
Главный врач ГБУЗ РХ «Абаканская межрайонная клиническая больница»	О.В. Ананьевский
Председатель Хакасской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации	С.Н. Молостов
Заместитель председателя Хакасской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации	Т.И. Гольнева
Председатель Хакасской республиканской ассоциации врачей	Д.Г. Ходченко
Член Хакасской республиканской ассоциации врачей	А.А. Стреленко

СОДЕРЖАНИЕ:

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	10
РАЗДЕЛ 2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	10
2.1. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.....	10

2.2. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.....	13
2.3. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.....	18
2.4. Сведения о применении способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.....	22
РАЗДЕЛ 3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	23
3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи.....	23
3.2. Установление тарифов на магнитно-резонансную томографию.....	24
3.3. Установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.....	25
3.4. Установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.....	29
3.5. Установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.....	30
3.6. Установление тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.....	32
3.7. Структура тарифов на оплату медицинской помощи.....	35
РАЗДЕЛ 4. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА.....	36
РАЗДЕЛ 5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	37
5.1. Осуществление взаиморасчетов между участниками обязательного медицинского страхования.....	37
5.2. Применение дорогостоящих лекарственных препаратов и медицинских изделий при отдельных заболеваниях в сфере обязательного медицинского страхования Республики Хакасия	43
5.3. Контроль использования средств обязательного медицинского страхования.....	44
5.4. Приложения к Тарифному соглашению.....	44

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Республики Хакасия на 2016 год сформировано в соответствии с Требованиями к структуре и содержанию Тарифного соглашения, установленными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200.

Тарифное соглашение устанавливает порядок взаимодействия Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Хакасия, страховых

медицинских организаций и медицинских организаций при оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Взаимодействие Территориального фонда ОМС со страховыми медицинскими организациями и страховых медицинских организаций с медицинскими организациями осуществляется в соответствии с договорами в сфере обязательного медицинского страхования.

Территориальный фонд ОМС утверждает для страховых медицинских организаций дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения обязательного медицинского страхования в соответствии с Правилами ОМС.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком, установленным Правилами ОМС.

Тарифное соглашение распространяет свое действие на всех участников обязательного медицинского страхования, реализующих Территориальную программу обязательного медицинского страхования Республики Хакасия.

РАЗДЕЛ 2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

2.1.1. При оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях применяется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы:

- на оплату 1 этапа диспансеризации пребывающих в стационарных условиях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- на оплату 1 этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;
- на оплату 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;
- на оплату 1 этапа медицинских осмотров несовершеннолетних в соответствии с порядками, утверждаемыми МЗРФ;
- на оплату профилактических медицинских осмотров взрослого населения;
- на оплату медицинской помощи в неотложной форме;
- на оплату стоматологической медицинской помощи;
- на оплату медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»
- на оплату медицинской помощи в центре здоровья ГБУЗ РХ «Абаканская межрайонная детская клиническая больница»;
- на медицинские услуги (МРТ);
- на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС.

Проведение диспансеризации детей-сирот и определенных групп взрослого населения, медицинских осмотров детского и взрослого населения осуществляется в соответствии с приказами и порядками, утвержденными Министерством здравоохранения

Российской Федерации. Оплата первого этапа диспансеризации и медицинских осмотров производится по установленным тарифам за законченный случай. Оплата второго этапа производится в рамках финансирования амбулаторной помощи по подушевому нормативу.

Финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, а также расходов, не включенных в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (посещение в неотложной форме, посещение с профилактическими и иными целями, обращение по поводу заболевания, законченный случай проведения диспансеризации и медицинских осмотров, отдельная диагностическая услуга, условная единица труда (УЕТ)).

Тарифы за единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, устанавливаются едиными для всех медицинских организаций, включенных в один уровень оказания медицинской помощи вне зависимости от применяемого способа оплаты.

2.1.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

2.1.2.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц

Таблица 1

Уровень 1	Уровень 2
ГБУЗ РХ «Абаканская городская клиническая поликлиника»	ГБУЗ РХ «Абаканская межрайонная детская клиническая больница»
ГБУЗ РХ «Саяногорская городская детская поликлиника имени Л.Д. Ганичевой»	ГБУЗ РХ «Саяногорская межрайонная больница рабочего поселка Майна»
ГБУЗ РХ «Саяногорская городская поликлиника рабочего поселка Черемушки»	ГБУЗ РХ «Саяногорская межрайонная больница»
ГБУЗ РХ «Абазинская городская больница»	ГБУЗ РХ «Черногорская межрайонная детская больница»
ГБУЗ РХ «Сорская городская больница»	ГБУЗ РХ «Черногорская межрайонная больница №1»
ГБУЗ РХ «Белоярская районная больница»	ГБУЗ РХ «Аскизская межрайонная больница»
ГБУЗ РХ «Бейская районная больница»	ГБУЗ РХ «Ширинская межрайонная больница»
ГБУЗ РХ «Боградская районная больница»	
ГБУЗ РХ «Копьевская районная больница»	
ГБУЗ РХ «Таштыпская районная больница»	
ГБУЗ РХ «Усть-Абаканская районная больница»	

2.1.2.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)

Таблица 2

Уровень 1	Уровень 2	Уровень 3
-----------	-----------	-----------

ГБУЗ РХ «Республиканский клинический центр медицинской реабилитации»	ГБУЗ РХ «Республиканский клинический родильный дом»	ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая больница имени Г.Я. Ремишевской»
ГБУЗ РХ «Абаканская городская клиническая стоматологическая поликлиника»	ГБУЗ РХ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер»	ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница имени Н.М. Одежкина»
ГБУЗ РХ «Черногорская городская стоматологическая поликлиника»	ГБУЗ РХ «Черногорская межрайонная больница №2»	ГБУЗ РХ «Республиканский клинический онкологический диспансер»
ГБУЗ РХ «Саяногорская городская стоматологическая поликлиника»	ГБУЗ РХ «Черногорский межрайонный родильный дом»	ГБУЗ РХ «Абаканская межрайонная клиническая больница»
ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД по РХ»		
НУЗ «Отделенческая поликлиника на станции Абакан ОАО «Российские железные дороги»		
МП г. Абакана «Стоматолог»		
ООО «Ортопедия Плюс»		
ООО «РУСАЛ Медицинский центр»		
ООО «Центр Дент»		
ООО «Центр Дент+»		
ООО НУЗ «Диагностический центр «Медиком»		
ООО «Стоматологическая клиника доктора Райхеля»		
ООО «НикМА Дент»		
ООО Медицинский центр «Яблоко»		
ИП Уткина В.В.		
ООО «Маммологический центр «Здоровье женщины»		

2.1.3. Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу

В рамках подушевого финансирования предоставляются первичная медико-санитарная помощь, оказываемая в плановой форме, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная.

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

Единицами объема медицинской помощи являются посещения с профилактическими и иными целями, обращения по поводу заболевания.

Медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях, включает в себя объемы:

1) посещения с профилактическими и иными целями:

а) посещения с профилактической целью, в том числе в связи с диспансеризацией определенных групп населения; в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации; в связи с патронажем;

б) посещения с иными целями: в связи с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов); медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

в) разовые посещения в связи с заболеванием;

2) обращения по поводу заболевания. Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу заболевания.

Кратность посещений по поводу одного заболевания составляет от 2,6 до 3,2 посещений.

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью, посещений с иными целями, посещений в связи с заболеваниями, а также обращений в связи с заболеваниями.

Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утверждаемую Министерством здравоохранения Российской Федерации Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.2. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

2.2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, Программой установлен способ оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

Заболевания, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенные в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи, исключены из перечня КСГ.

В качестве основных критериев группировки в данной модели КСГ используются код диагноза в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (далее – МКБ-10) и код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (далее также – услуги) в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг (далее – Номенклатура), утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года № 1664н (в

редакции приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2013 года № 794н).

В качестве дополнительных критериев при формировании КСГ используются следующие признаки:

- код основного диагноза (при основном критерии группировки – код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии);
- код вторичного диагноза;
- код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (при основном критерии группировки – код диагноза);
- пол;
- возраст;
- длительность пребывания в стационаре.

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

При наличии нескольких хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наиболее высокий коэффициент относительной затратноемкости. В ряде случаев, предусмотренных Инструкцией Федерального фонда ОМС (далее - Инструкция), отнесение случая к той или иной КСГ может осуществляться с учетом кода диагноза по МКБ 10.

При отсутствии хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10. Если пациенту оказывалось оперативное лечение, то выбор между применением КСГ, определенной в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10, и КСГ, определенной на основании кода Номенклатуры, осуществляется в соответствии с правилами, приведенными в Инструкции.

Лицо, ухаживающее за ребенком до четырех лет, а также за ребенком старше четырех лет при наличии медицинских показаний для ухода, обеспечивается питанием и койкой.

2.2.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях

Уровень 1		
ГБУЗ РХ «Абазинская городская больница»		
ГБУЗ РХ «Сорская городская больница»		
ГБУЗ РХ «Бейская районная больница»		
ГБУЗ РХ «Белоярская районная больница»		
ГБУЗ РХ «Боградская районная больница»		
ГБУЗ РХ «Копьевская районная больница»		
ГБУЗ РХ «Гаштыпская районная больница»		
ГБУЗ РХ «Усть-Абаканская районная больница»		
ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел по Республике Хакасия»		
Уровень 2		
Уровень 2А	Уровень 2Б	Уровень 2В
ГБУЗ РХ «Абаканская	ГБУЗ РХ «Республиканский	ГБУЗ РХ «Аскизская

межрайонная детская клиническая больница»	клинический кожно-венерологический диспансер»	межрайонная больница»
ГБУЗ РХ «Республиканский клинический родильный дом»	ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая инфекционная больница»	ГБУЗ РХ «Ширинская межрайонная больница»
	ГБУЗ РХ «Саяногорская межрайонная больница»	
	ГБУЗ РХ «Саяногорская межрайонная больница рабочего поселка Майна»	
	ГБУЗ РХ «Черногорская межрайонная больница №1»	
	ГБУЗ РХ «Черногорская межрайонная больница №2»	
	ГБУЗ РХ «Черногорская межрайонная детская больница»	
	ГБУЗ РХ «Черногорский межрайонный родильный дом»	
Уровень 3		
Уровень 3А	Уровень 3Б	Уровень 3В
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Сибирский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации	ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая больница имени Г.Я. Ремишевской»	ГБУЗ РХ «Республиканский клинический онкологический диспансер»
Федеральное государственное бюджетное учреждение "Сибирский федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства"	ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница имени Н.М. Одежкина»	ГБУЗ РХ «Абаканская межрайонная клиническая больница»

2.2.3. Порядок оплаты прерванных случаев лечения, в том числе при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

К сверхкоротким относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней, кроме случаев, входящих в группы, перечисленные ниже. Данные группы являются исключениями, по которым оплата осуществляется в полном

объеме независимо от длительности лечения:

№ КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
2	Осложнения, связанные с беременностью
3	Беременность, закончившаяся абортным исходом
4	Родоразрешение
5	Кесарево сечение
11	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
12	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
16	Ангинефротический отек, анафилактический шок
83	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
84	Комплексное лечение заболеваний нервной системы с применением препаратов иммуноглобулина
97	Сотрясение головного мозга
124	Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения
137	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые
138	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) (уровень 1)
139	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) (уровень 2)
140	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
148	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
149	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
153	Ремонт и замена речевого процессора
154	Операции на органе зрения (уровень 1)
155	Операции на органе зрения (уровень 2)
179	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
200	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
252	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани
281	Операции на органах полости рта (уровень 1)
295	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
299	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

При этом если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, оплата осуществляется в размере 100% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ. Если указанная хирургическая операция не выполнена, случай оплачивается в размере 50% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

Оплата больных, переведенных в пределах стационара из одного отделения в другое, оплачивается как один случай по КСГ, имеющей максимальный коэффициент

затратоемкости, за исключением случаев перевода пациента из отделения в отделение медицинской организации, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ10 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. Такие случаи подлежат оплате по двум КСГ.

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

2.2.4. Оплата медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

В рамках Базовой программы ОМС за счет средств ОМС осуществляется финансовое обеспечение медицинской реабилитации.

Порядок организации медицинской реабилитации утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 № 1705н (зарегистрирован Минюстом России 22.02.2013 № 27276), согласно которому медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по медицинской реабилитации.

Оплата медицинской реабилитации осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

2.2.5. Оплата медицинской помощи с применением метода гемодиализа.

Оплата медицинской помощи при проведении гемодиализа в стационарных условиях осуществляется за медицинскую услугу. При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения. Необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

В случае если госпитализация пациента по основному заболеванию и гемодиализ проводятся в двух разных медицинских организациях, оплата производится по КСГ основного заболевания для медицинской организации, в которую госпитализирован пациент, и дополнительно за оказанные услуги для медицинской организации, в которой проводится гемодиализ.

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

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

После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной медицинской организации, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ, формируемой по коду МКБ 10.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень).

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

Случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи подлежит оплате в полном объеме вне зависимости от длительности лечения, если пациенту был выполнен метод лечения, предусмотренный моделью пациента и видом ВМП, включенным в Базовую программу ОМС, финансовое обеспечение которого осуществляется за счет средств ОМС.

2.3. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

2.3.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, Программой установлен способ оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, утвержден отдельный перечень КСГ, содержащий 118 групп заболеваний.

Заболевания, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенные в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи, исключены из перечня КСГ.

В качестве основных критериев группировки при формировании КСГ для дневного стационара используются код диагноза в соответствии со справочником МКБ 10 и код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (услуги) в соответствии с Номенклатурой.

В качестве дополнительных критериев используются следующие признаки:

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

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

При наличии нескольких хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наиболее высокий коэффициент относительной затратоемкости. В ряде случаев, предусмотренных Инструкцией Федерального фонда ОМС (далее Инструкция), отнесение случая к той или иной КСГ может осуществляться с учетом кода диагноза по МКБ 10.

При отсутствии хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10. Если пациенту оказывалось оперативное лечение, то выбор между применением КСГ, определенной в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10, и КСГ, определенной на основании кода Номенклатуры, осуществляется в соответствии с правилами, приведенными в Инструкции.

2.3.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара

Уровень 1		
ГБУЗ РХ «Республиканский клинический центр медицинской реабилитации»		
ГБУЗ РХ «Абаканская городская клиническая поликлиника»		
ГБУЗ РХ «Саяногорская городская детская поликлиника имени Л.Д. Ганичевой»		
ГБУЗ РХ «Саяногорская городская поликлиника рабочего поселка Черемушки»		
ГБУЗ РХ «Абазинская городская больница»		
ГБУЗ РХ «Сорская городская больница»		
ГБУЗ РХ «Бейская районная больница»		
ГБУЗ РХ «Белоярская районная больница»		
ГБУЗ РХ «Боградская районная больница»		
ГБУЗ РХ «Копьевская районная больница»		
ГБУЗ РХ «Таштыпская районная больница»		
ГБУЗ РХ «Усть-Абаканская районная больница»		
ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел по Республике Хакасия»		
НУЗ «Отделенческая поликлиника на станции Абакан ОАО «Российские железные дороги»		
Уровень 2		
Уровень 2А	Уровень 2Б	Уровень 2В
ГБУЗ РХ «Абаканская межрайонная детская клиническая больница»	ГБУЗ РХ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер»	ГБУЗ РХ «Аскизская межрайонная больница»
ГБУЗ РХ «Республиканский клинический родильный дом»	ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая инфекционная больница»	ГБУЗ РХ «Ширинская межрайонная больница»
	ГБУЗ РХ «Саяногорская межрайонная больница»	
	ГБУЗ РХ «Саяногорская межрайонная больница рабочего поселка Майна»	
	ГБУЗ РХ «Черногорская межрайонная больница №1»	
	ГБУЗ РХ «Черногорская межрайонная больница №2»	
	ГБУЗ РХ «Черногорская межрайонная детская	

	больница»	
	ГБУЗ РХ «Черногорский межрайонный родильный дом»	
Уровень 3		
Уровень 3А		Уровень 3Б
ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая больница имени Г.Я. Ремизовской»		ГБУЗ РХ «Республиканский клинический онкологический диспансер»
ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница имени Н.М. Одежкина»		ГБУЗ РХ «Абаканская межрайонная клиническая больница»

2.3.3. Порядок оплаты прерванных случаев лечения, в том числе при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

К сверхкоротким относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней, кроме случаев, входящих в группы, перечисленные ниже. Данные группы являются исключениями, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения:

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)
6	Искусственное прерывание беременности (аборт)
7	Аборт медикаментозный
35	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
36	Комплексное лечение заболеваний нервной системы с применением препаратов иммуноглобулина
49	Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения
51	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые
52	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)
53	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)
54	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
56	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
57	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
60	Ремонт и замена речевого процессора
62	Операции на органе зрения (уровень 1)
63	Операции на органе зрения (уровень 2)
71	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения
88	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)
109	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов

При этом если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, оплата осуществляется в размере 100% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ. Если указанная хирургическая операция не выполнена, случай оплачивается в размере 50% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

Оплата больных, переведенных в пределах стационара из одного отделения в другое, оплачивается как один случай по КСГ, имеющей максимальный коэффициент затратоемкости, за исключением случаев перевода пациента из отделения в отделение медицинской организации, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ10 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. Такие случаи подлежат оплате по двум КСГ.

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

2.3.4. Оплата медицинской помощи с применением метода гемодиализа.

Оплата медицинской помощи при проведении гемодиализа в условиях дневного стационара осуществляется за услугу.

Учитывая пожизненный характер проводимого лечения на оплату предъявлять количество услуг, оказанных в течении месяца.

Для учета объемов медицинской помощи необходимо учитывать лечение в течение одного месяца как один законченный случай лечения (в среднем 13 процедур гемодиализа).

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

Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту (см. подраздел 2.2. пункт 2.2.6).

2.4. Сведения о применении способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

2.4.1. Скорая медицинская помощь оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

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

2.4.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу

финансирования

Таблица 1

Наименование медицинской организации	Оказывающие СМП	в том числе оплата СМП по подушевому нормативу финансирования
ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая больница имени Г.Я. Ремишевской»	+	
ГБУЗ РХ «Абаканская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»	+	+
ГБУЗ РХ «Саяногорская городская станция скорой медицинской помощи»	+	+
ГБУЗ РХ «Черногорская городская станция скорой медицинской помощи»	+	+
ГБУЗ РХ «Абазинская городская больница»	+	+
ГБУЗ РХ «Сорская городская больница»	+	+
ГБУЗ РХ «Белоярская районная больница»	+	+
ГБУЗ РХ «Аскизская межрайонная больница»	+	+
ГБУЗ РХ «Бейская районная больница»	+	+
ГБУЗ РХ «Боградская районная больница»	+	+
ГБУЗ РХ «Копьевская районная больница»	+	+
ГБУЗ РХ «Таштыпская районная больница»	+	+
ГБУЗ РХ «Усть-Абаканская районная больница»	+	+
ГБУЗ РХ «Ширинская межрайонная больница»	+	+

2.4.3. В случаях проведения тромболизиса застрахованным гражданам, оплата производится дополнительно за выполненный вызов в части стоимости лекарственного обеспечения процедуры тромболизиса.

РАЗДЕЛ 3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Тарифы на оплату медицинской помощи определяются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, утвержденной Правилами ОМС.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию рассматриваются и утверждаются Комиссией.

Расчет тарифов осуществляется на единицу объема медицинской помощи (1 случай госпитализации, 1 обращение в связи с заболеванием, 1 законченный случай при оплате диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, 1

посещение с профилактическими и иными целями, 1 вызов скорой медицинской помощи), на медицинскую услугу, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.

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

В структуру тарифа не включаются расходы на капитальный ремонт и проектно-сметную документацию для его проведения, приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу.

Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда определяются исходя из потребности в количестве персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с действующей системой оплаты труда, включая денежные выплаты стимулирующего характера врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях; медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях; врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации; врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами".

Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинской организации, которые не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги) (административно-управленческого, административно-хозяйственного, вспомогательного и иного персонала, не принимающего непосредственное участие в оказании государственной услуги), определяются исходя из количества единиц по штатному расписанию, утвержденному руководителем медицинской организации, с учетом действующей системы оплаты труда.

Условия и порядок оплаты труда работников медицинских организаций определяется в соответствии с Примерным положением, утвержденным постановлением Правительства Республики Хакасия от 31.12.2015 № 773.

Работникам, занятым на работах с вредными условиями труда (по результатам аттестации рабочего места, оценки условий труда), выдаются бесплатно по установленным нормам молоко или другие равноценные пищевые продукты. Выдача работникам по установленным нормам молока или других равноценных пищевых продуктов по письменным заявлениям работников может быть заменена компенсационной выплатой в размере, эквивалентном стоимости молока или других равноценных пищевых продуктов, если это предусмотрено коллективным договором и (или) трудовым договором.

3.2. Установление тарифов на магнитно-резонансную томографию.

Медицинским организациям, оказывающим в рамках основной деятельности магнитно-резонансную томографию, комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Хакасия устанавливаются объемы в разрезе медицинских организаций, которым необходимы данные услуги для выполнения стандартов медицинской помощи и порядков её оказания и тарифы за услугу.

Оплата магнитно-резонансной томографии, проводимой в период оказания медицинской помощи:

- в условиях стационара и дневного стационара, производится путем взаиморасчетов между медицинскими организациями (по договорам);

- в амбулаторных условиях - путем предъявления медицинской организацией, оказавшей диагностическую услугу, счетов-реестров в страховую медицинскую организацию в пределах установленных объемов.

При направлении пациента на магнитно-резонансную томографию необходимо дополнительно указывать условия оказания медицинской помощи (стационарные, амбулаторные, дневных стационаров).

3.3. Установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями Республики Хакасия, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{амб}} = \frac{(N_{\text{проф}} \times N\Phi_{\text{проф}} + N_{\text{о}} \times N\Phi_{\text{о}} + N_{\text{жестл}} \times N\Phi_{\text{жестл}}) \times Чз - ОС_{\text{МТР}}}{Чз} ; \text{ где:} \quad (1)$$

$\Phi O_{\text{амб}}$ – средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$N_{\text{проф}}$ – средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный территориальной программой обязательного медицинского страхования, вызов на одно застрахованное лицо;

$N_{\text{ФЗпроф}}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный, территориальной программой обязательного медицинского страхования, рублей;

$N_{\text{Оз}}$ – средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой обязательного медицинского страхования, вызов на одно застрахованное лицо;

$N_{\text{ФЗз}}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный, территориальной программой обязательного медицинского страхования, рублей;

$N_{\text{Онеотл}}$ – средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой обязательного медицинского страхования, вызов на одно застрахованное лицо;

$N_{\text{ФЗнеотл}}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный, территориальной программой обязательного медицинского страхования, рублей;

$Чз$ – численность застрахованного населения Республики Хакасия;

$ОС_{\text{МТР}}$ – размер средств на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей.

Средний размер финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо – 4228,2 рублей.

3.3.2. В подушевой норматив финансирования не включаются расходы на медицинскую помощь, оплачиваемую за единицу объема и определяется по формуле:

$$ПН_{\text{баз}} = \frac{\text{ФО}^{\text{м}} \times Чз - ОС_{\text{ео}}}{Чз} ; \text{ где:} \quad (2)$$

$ПН_{\text{баз}}$ – подушевой (средний) норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей;

$ОС_{\text{з}}$ – размер средств на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема, рублей.

Подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, применяющих способ оплаты по подушевому

нормативу – 2241,04 рублей. Данный показатель в течение года корректируется.

На основе среднего норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования для медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДПН_i = ПН_{баз} \times КД_{инт\ i} \quad ; \text{ где:} \quad (3)$$

$ДПН_i$ – дифференцированный подушевой норматив финансирования для i -той медицинской организации, рублей;

$КД_{инт\ i}$ – средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива для i -той медицинской организации.

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива для каждой медицинской организации определяется по следующей формуле:

$$КД_{инт} = КД_{пв} \quad ; \text{ где:} \quad (4)$$

$КД_{пв}$ – половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент по формуле:

$$ПК = \frac{\sum (ДПН_i \times ЧЗ_i)}{ПН_{баз} \times ЧЗ} \quad ; \text{ где:} \quad (5)$$

$ЧЗ_i$ – численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинской организации рассчитывается по формуле:

$$ФПН_i = \frac{ДПН_i}{ПК} \quad ; \text{ где:} \quad (6)$$

$ФПН_i$ – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинской организации.

Медицинские организации ежемесячно предоставляет в страховые медицинские организации реестры счетов за медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях застрахованным гражданам по установленным тарифам и объемам медицинской помощи, в целях оценки выполнения плановых объемов медицинской помощи.

При оказания медицинской помощи застрахованному лицу, не прикрепленному к медицинской организации, оплата осуществляется за единицу объема. В следующем отчетном периоде сумма финансирования медицинской организации по подушевому нормативу увеличивается на стоимость оказанной медицинской помощи гражданам, не прикрепленным к данной поликлинике и уменьшается сумма по подушевому нормативу той медицинской организации, к которой эти граждане прикреплены.

Страховые медицинские организации осуществляют окончательный расчет средств по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи в соответствии с приложением 38 к Тарифному соглашению.

Размер финансового обеспечения медицинской организации определяется исходя из объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, и объема средств на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях за единицу объема по следующей формуле:

$$\Phi O^{\text{амб } i} = \Phi ПН_i \times Чз_i + ОС_{\text{ео}} ; \quad \text{где:} \quad (7)$$

$\Phi O^{\text{амб } i}$ – размер финансового обеспечения медицинской организации;

$ОС_{\text{ео}}$ – размер средств на оплату амбулаторной медицинской помощи за единицу объема, рублей.

3.3.3. Оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема (посещение в неотложной форме, посещение с профилактическими и иными целями, обращение по поводу заболевания, законченный случай проведения диспансеризации и медицинских осмотров, отдельная диагностическая услуга, условная единица труда (УЕТ)) осуществляется за фактически выполненное количество посещений, обращений по утвержденным тарифам и объемам.

Тарифы за единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, устанавливаются едиными для всех медицинских организаций, включенных в один уровень оказания медицинской помощи вне зависимости от применяемого способа оплаты.

При расчете тарифов использовали коэффициенты уровня оказания амбулаторной медицинской помощи, учитывающие распределение медицинских организаций по уровням. Коэффициенты уровня оказания амбулаторной медицинской помощи установлены в размере:

- 1) для медицинских организаций 1-го уровня – 0,85;
- 2) для медицинских организаций 2-го уровня – 1,1;
- 3) для медицинских организаций 3-го уровня – 1,45.

При планировании и учете объема гарантируемой стоматологической помощи населению по территориальной программе государственных гарантий учитываются как посещения и обращения, так и условные единицы трудоемкости (далее - УЕТ).

Рекомендованный классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, выраженной в УЕТ, представлен в письме Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2015 № 11-9/10/2-7938 и ФФМС от 24.12.2015 № 8089/21-и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

При пересчете УЕТ в посещения использовать переводной коэффициент 0,36.

Оплата медицинской помощи по Центрам здоровья производится за выполненные посещения:

а) впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;

б) обратившихся граждан для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, а также граждан, направленных медицинской организацией по месту прикрепления; медицинскими работниками образовательных организаций.

Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи в амбулаторных условиях:

- стоимость одного посещения в неотложной форме, посещения с профилактической целью, обращения по поводу заболевания по уровням оказания помощи, в разрезе профилей специальностей приведены в приложении 1 к Тарифному соглашению;

- интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива, подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций приведены в приложении 2 к Тарифному соглашению;

- тарифы на оплату диспансеризации и профилактических осмотров определенных групп взрослого населения приведены в приложении 4 к Тарифному соглашению;

- тарифы на оплату медицинских осмотров несовершеннолетних и диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, приведены в приложении 5 к Тарифному соглашению.

3.3.4. При установлении половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива численность застрахованных лиц распределяется на следующие возрастные группы в соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 18.11.2014 №200 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»:

ноль – один год мужчины/женщины;

один год – четыре года мужчины/женщины;

пять лет – семнадцать лет мужчины/женщины;

восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины;

восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины;

шестьдесят лет и старше мужчины;

пятьдесят пять лет и старше женщины.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи приведены в приложении 3 к Тарифному соглашению.

3.4. Установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Хакасия, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи

и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 5816,9 рублей.

3.4.2. Перечень групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ.

Перечень КСГ, применяемых при оплате медицинской помощи оказываемой в стационарных условиях (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), коэффициенты относительной затратоемкости КСГ приведены в приложении 8 к Тарифному соглашению.

3.4.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ.

Оплата медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется по тарифам за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ.

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

$$CC = BC \times K3 \times KUC, \quad \text{где} \quad (1)$$

BC - размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка);

K3 - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

KUC – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), определяется исходя из следующих параметров:

- объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и оплачиваемой по КСГ (ОС);
- общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ ($Ч_{сл}$);
- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ (СПК).

$$BC = \frac{OC}{Ч_{сл} \times СПК}, \quad (2)$$

СПК рассчитывается по формуле:

$$СПК = \frac{\sum (K3i \times KUCi)}{Ч_{сл}}. \quad (3)$$

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре по КСГ определяется с учетом уровня оказания медицинской помощи.

Коэффициент уровня оказания стационарной 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.

Коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи установлены в размере:

- 1) для медицинских организаций 1-го уровня – 0,94;
- 2) для медицинских организаций 2-го уровня:
 - уровень 2А – 1,0;
 - уровень 2Б – 0,97;
 - уровень 2В – 0,96;

3) для медицинских организаций 3-го уровня:
уровень 3А – федеральные медицинские организации, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь;
уровень 3Б – 1,5;
уровень 3В – 1,1.

Методическими рекомендациями, Инструкцией Федерального фонда ОМС определен перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи. Перечень КСГ приведен в приложении 10 к Тарифному соглашению.

Размер средней стоимости законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ (базовая ставка) и стоимость законченного случая лечения по КСГ приведены в приложении 8 к Тарифному соглашению.

3.4.4. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи

Финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленным Программой.

В соответствии с письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2015 № 11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» величина норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи корректируется с учетом величины коэффициента дифференциации.

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи приведены в приложении 11 к Тарифному соглашению.

Порядок направления граждан на получение высокотехнологичной, специализированной медицинской помощи определяется нормативными актами Министерства здравоохранения Республики Хакасия.

3.5. Установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

3.5.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Хакасия, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 978,0 рублей.

3.5.2. Перечень групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ.

Перечень КСГ, применяемых при оплате медицинской помощи оказываемой в условиях дневного стационара (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), коэффициенты относительной затратоемкости КСГ приведены в приложении 9

к Тарифному соглашению.

3.5.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ.

Оплата медицинской помощи в условиях дневного стационара осуществляется по тарифам за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ.

Стоимость одного случая госпитализации в дневном стационаре (СС) по КСГ определяется по следующей формуле:

$$CC = BC \times K3 \times KUC, \quad \text{где} \quad (1)$$

BC - размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка);

K3 - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

KUC – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), определяется исходя из следующих параметров:

- объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ (ОС);
- общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ ($\text{Ч}_{\text{сл}}$);
- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ (СПК).

$$BC = \frac{OC}{\text{Ч}_{\text{сл}} \times \text{СПК}}, \quad (2)$$

СПК рассчитывается по формуле:

$$\text{СПК} = \frac{\sum (K3i \times KUCi)}{\text{Ч}_{\text{сл}}}. \quad (3)$$

Стоимость одного случая госпитализации в дневном стационаре по КСГ определяется с учетом уровня оказания медицинской помощи.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара 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.

Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара установлены в размере:

- 1) для медицинских организаций 1-го уровня – 0,94;
- 2) для медицинских организаций 2-го уровня:
 - уровень 2А – 1,0;
 - уровень 2Б – 0,97;
 - уровень 2В – 0,96;
- 3) для медицинских организаций 3-го уровня:
 - уровень 3А – 1,5;
 - уровень 3Б – 1,1.

Размер средней стоимости законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ (базовая ставка) и стоимость законченного случая лечения по КСГ приведены в приложении 9 к Тарифному соглашению.

3.5.4. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в условиях дневного стационара с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи.

Финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленным Программой.

В соответствии с письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2015 № 11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» величина норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи корректируется с учетом величины коэффициента дифференциации.

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи приведены в приложении 11 к Тарифному соглашению.

Порядок направления граждан на получение высокотехнологичной, специализированной медицинской помощи определяется нормативными актами Министерства здравоохранения Республики Хакасия.

3.6. Установление тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации

3.6.1. Средний объем финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями Республики Хакасия, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{смп}} = \frac{(N o_{\text{смп}} \times N \Phi \text{з}_{\text{смп}}) \times Чз - O C_{\text{МТР}}}{Чз} ; \text{ где:} \quad (1)$$

$\Phi O_{\text{смп}}$ – средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$N o_{\text{смп}}$ – средний норматив объема скорой медицинской помощи, установленный территориальной программой обязательного медицинского страхования, вызов на одно застрахованное лицо;

$N \Phi \text{з}_{\text{смп}}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи, установленный, территориальной программой обязательного медицинского страхования, рублей;

$Чз$ – численность застрахованного населения Республики Хакасия;

$ОС_{МТР}$ – размер средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей.

Средний объем финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо – 729,24 рублей.

3.6.2. В подушевой норматив финансирования не включаются расходы на скорую медицинскую помощь, оплачиваемую за вызов и определяется по формуле:

$$ПН_{баз} = \frac{\Phi_{ОС_{МТР}} \times Чз - ОС_{з}}{Чз}; \text{ где:} \quad (2)$$

$ПН_{баз}$ – базовый подушевой (средний) норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

$ОС_{з}$ – размер средств на оплату скорой медицинской помощи за вызов, рублей.

Подушевой норматив финансирования – 632,54 рублей.

На основе базового норматива финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования для медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДПН_i = ПН_{баз} \times КД_{инт i}; \text{ где:} \quad (3)$$

$ДПН_i$ – дифференцированный подушевой норматив финансирования для i-той медицинской организации, рублей;

$КД_{инт i}$ – средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива для i-той медицинской организации.

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива для каждой медицинской организации определяется по следующей формуле:

$$КД_{инт} = КД_{пв}; \text{ где:} \quad (4)$$

$КД_{пв}$ – половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент по формуле:

$$ПК = \frac{\sum (ДПН_i \times Чз_i)}{ПН_{\text{ср}} \times Чз} ; \text{ где:} \quad (5)$$

$Чз_i$ - численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинской организации рассчитывается по формуле:

$$ФПН_i = \frac{ДПН_i}{ПК} ; \text{ где:} \quad (6)$$

$ФПН_i$ - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинской организации.

Ежемесячно в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за расчетным, за который страховой медицинской организацией будет осуществляться оплата медицинской помощи, территориальный фонд ОМС доводит до страховой медицинской организации объем финансовых средств для оплаты медицинской помощи по дифференцированным подушевым нормативам.

Медицинские организации ежемесячно предоставляет в страховые медицинские организации реестры счетов за скорую медицинскую помощь по установленным тарифам и объемам медицинской помощи, в целях оценки выполнения плановых объемов медицинской помощи.

Размер финансового обеспечения медицинской организации определяется исходя из объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, и объема средств на оплату скорой медицинской помощи за единицу объема по следующей формуле:

$$ФО_{\text{смп } i} = ФПН_i \times Чз_i + ОС_{\text{в}} ; \text{ где:} \quad (7)$$

$ФО_{\text{смп } i}$ - размер финансового обеспечения медицинской организации;

$ОС_{\text{в}}$ - размер средств на оплату скорой медицинской помощи за единицу объема, рублей.

3.6.3. Оплата скорой медицинской помощи за единицу объема применяется при оказании скорой специализированной помощи (ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая больница имени Г.Я. Ремишевской»), скорой медицинской помощи застрахованным лицам, за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан

полис ОМС, расходы на проведение тромболизиса.

В случаях проведения тромболизиса застрахованным гражданам, оплата производится дополнительно за выполненный вызов в части стоимости лекарственного обеспечения процедуры тромболизиса.

Медицинские организации предъявляют в страховые медицинские организации реестры счетов и счета за фактически выполненные вызовы в пределах установленных объемов.

Тарифы на оплату единиц объема скорой медицинской помощи:

- стоимость одного вызова скорой медицинской помощи для медицинских организаций Республики Хакасия и скорой специализированной медицинской помощи для ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая больница имени Г.Я. Ремишевской» приведена в приложении 12 к Тарифному соглашению;

- интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива, подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций приведены в приложении 13 к Тарифному соглашению.

3.3.4. При установлении половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива численность застрахованных лиц распределяется на следующие возрастные группы в соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 18.11.2014 №200 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»:

ноль – один год мужчины/женщины;

один год – четыре года мужчины/женщины;

пять лет – семнадцать лет мужчины/женщины;

восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины;

восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины;

шестьдесят лет и старше мужчины;

пятьдесят пять лет и старше женщины.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи приведены в приложении 14 к Тарифному соглашению.

3.7. Структура тарифов на оплату медицинской помощи

Структура тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливается в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона, Территориальной программой ОМС Республики Хакасия.

Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается по направлениям расходования средств:

- 1) расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты;
- 2) приобретение лекарственных средств и расходных материалов;
- 3) приобретение продуктов питания;
- 4) прочие статьи расходования средств:

затраты на приобретение мягкого инвентаря, медицинского инструментария, 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.

Рекомендуемый норматив на питание:

- в условиях круглосуточного стационара - 120,0 рублей на 1 койко-день;
- в условиях дневного стационара - 30,0 рублей на 1 пациенто-день (дети, беременные женщины, больные сахарным диабетом, больные, находящиеся на гемодиализе).

Структура плановых расходов утверждается медицинской организацией в целом (без распределения по условиям оказания медицинской помощи) по согласованию с Территориальным фондом ОМС РХ. Кроме того, ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая больница имени Г.Я. Ремишевской» структура плановых расходов утверждается отдельно по экстренной консультативной скорой медицинской помощи.

Расходование средств ОМС осуществляется медицинской организацией в соответствии с согласованной структурой с учетом остатка финансовых средств на начало года (остатка средств на лицевом счете и кредиторской задолженности СМО). Остаток финансовых средств на начало года распределяется медицинской организацией самостоятельно и согласовывается с Территориальным фондом ОМС РХ.

РАЗДЕЛ 4. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

4.1. Оплата медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, производится на основании предъявляемых счетов с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

4.2. Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию осуществляется в соответствии с приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 (с посл. изменениями), письмом ФФОМС от 24.12.2012 № 9939/30-и (в части проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления скорой медицинской помощи).

4.3. За нарушения, выявленные в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинские организации несут ответственность в соответствии с законодательством РФ, условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

4.4. Основанием для частичной или полной неоплаты медицинской помощи являются результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, осуществляемого в порядке, утвержденном нормативными документами ФФОМС и ТФОМС.

4.5. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размер санкций приведены в приложении 16 к Тарифному соглашению.

4.6. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организации штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо

оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (для случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации) и размер санкций приведены в приложении 17 к Тарифному соглашению.

4.7. Положение о порядке организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Хакасия утверждается решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Хакасия отдельным документом.

РАЗДЕЛ 5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Осуществление взаиморасчетов между участниками обязательного медицинского страхования

Для оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам формируются:

5.1.1. Реестр счетов на оплату медицинской помощи (далее - реестр счетов) (приложение 18), на оплату скорой медицинской помощи (приложение 19), на оплату скорой специализированной медицинской помощи (приложение 20), на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках первого этапа диспансеризации (приложение 21), на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках второго этапа диспансеризации (приложение 22), реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках первого этапа медицинского осмотра несовершеннолетних детей (приложение 23), реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках второго этапа медицинского осмотра несовершеннолетних детей (приложение 24).

Реестр услуг является приложением к основному реестру. В реестр услуг включаются все услуги, за исключением применения дорогостоящих лекарственных средств, выполненные для случаев оказания медицинской помощи из основного реестра. В реестре услуг обязательно указание позиции случая оказания медицинской помощи основного реестра для которого выполнена услуга. Нумерация позиции реестра услуг может определяться для каждого случая. Комбинация позиций основного реестра и позиции реестра услуг должна быть уникальна в пределах одного реестра услуг (приложение 25).

В случаях применения дорогостоящих лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании стационарной и скорой медицинской помощи, медицинская организация в обязательном порядке формирует реестр и представляет в страховую медицинскую организацию для анализа финансово-хозяйственной деятельности (приложение 26).

При формировании реестров счетов на оплату высокотехнологичной медицинской помощи необходимо руководствоваться федеральными справочниками V018, V019.

Реестр счетов формируется медицинской организацией ежемесячно, представляется в страховую медицинскую организацию в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным, и является основанием для оплаты страховой медицинской организацией медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в отчетном месяце.

Реестр счетов подписывается руководителем и главным бухгалтером медицинской организации с расшифровкой подписей, с указанием даты подписания. Подписи скрепляются печатью организации.

5.1.2. Реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (приложение 27), на оплату скорой медицинской помощи (приложение 28).

Реестр услуг является приложением к основному реестру. В реестр услуг включаются все услуги, за исключением применения дорогостоящих лекарственных средств, выполненные для случаев оказания медицинской помощи из основного реестра. В реестре услуг обязательно указание позиции случая оказания медицинской помощи основного реестра для которого выполнена услуга. Нумерация позиции реестра услуг может определяться для каждого случая. Комбинация позиций основного реестра и позиции реестра услуг должна быть уникальна в пределах одного реестра услуг (приложение 29).

В заголовочной части реестра счетов указывается субъект Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, указывается вид информации (основная или исправленная), период, за который сформирован реестр счетов.

Сведения о пролеченном ребёнке до государственной регистрации рождения вносятся в реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, на основе персонифицированных данных матери или другого законного представителя ребёнка в соответствии с документами (паспорт, полис обязательного медицинского страхования, СНИЛС (при наличии) и персонифицированных сведений о лечении ребёнка на основе данных медицинской документации).

Реестр счетов на оплату медицинской помощи (скорой медицинской помощи), оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, формируется медицинской организацией, оказавшей медицинскую помощь застрахованному лицу, и направляется в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи.

Реестр счетов на оплату медицинской помощи (скорой медицинской помощи), оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, подписывается руководителем и главным бухгалтером медицинской организации с расшифровкой подписей, с указанием даты подписания. Подписи скрепляются печатью организации.

Представление реестра счетов на оплату медицинской помощи (скорой медицинской помощи), оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования производится в электронном виде в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 года № 29н «Об утверждении порядка персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования».

5.1.3. Реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования (приложение № 30);

Реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации,

Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, формируется территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи на основе представленных медицинскими организациями реестров счетов, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи.

Представление реестра счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляется в электронном виде в соответствии с [порядком](#) ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 года № 29н.

Реестр счетов подписывается руководителем и главным бухгалтером территориального фонда с расшифровкой подписей, с указанием даты подписания. Подписи скрепляются печатью организации.

5.1.4. Реестр счетов в электронном виде представляется в соответствии со стандартом передачи информации о персонифицированном учете сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

5.1.5. Медицинская организация и страховая медицинская организация подписывают ежемесячно сводные реестры по форме приложений 31, 32, 33, 34.

Медицинская организация предоставляет реестры счетов на бумажном носителе и в электронном виде (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 № 29н).

Медицинская организация с реестрами счетов предоставляет счета на оплату медицинской помощи, оказанной медицинской организацией Республики Хакасия, по форме приложения 35 на оплату скорой медицинской помощи, по форме приложения 36 на оплату скорой специализированной медицинской помощи.

Медицинские организации ежемесячно в течение первых 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным периодом, представляют в страховые медицинские организации реестры счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам (дата получения фиксируется на бумажном носителе). При предоставлении медицинскими организациями реестра счетов и счета к оплате позднее указанного срока, страховая медицинская организация вправе включить данные счета и реестры счетов в расчеты следующего отчетного периода. Страховые медицинские организации в течение 3 рабочих дней с момента получения реестров счетов и счетов на оплату проводят их первичный медико - экономический контроль (далее МЭК) и отражают результаты проведенного контроля в отчетном периоде. Записи счетов реестров, не прошедшие МЭК в указанный срок, к оплате не принимаются. Данные реестры счетов и счета возвращаются в медицинские организации на доработку для повторного представления в обязательном порядке в страховую медицинскую организацию в следующем отчетном периоде (не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения акта от страховой медицинской организации). Страховые медицинские организации направляют в Территориальный фонд ОМС Республики Хакасия (на бумажном носителе и в электронном виде) реестры счетов и счета, прошедшие первичный МЭК и принятые к оплате в отчетном периоде.

Медицинские организации могут предоставлять в страховые медицинские организации реестры счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам с 25 числа каждого месяца.

5.1.6. В соответствии с пунктом 32 приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 № 29н медицинские

организации представляют сведения о медицинской помощи оказанной застрахованным лицам в территориальный фонд ОМС. В соответствии с пунктами 33, 34 Территориальный фонд ОМС осуществляет автоматизированную обработку полученных сведений на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц. На этапе автоматизированной обработки осуществляется определение страховой медицинской организации, ответственной за оплату счета. В соответствии с пунктом 34 после автоматизированной обработки территориальный фонд направляет результаты в электронном виде в медицинскую организацию, оказавшую медицинскую помощь. В соответствии с пунктом 35 медицинская организация по результатам обработки, сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, представляет их в страховые медицинские организации в объеме и сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

5.1.7. Медицинская помощь, оказанная пациентам с хирургической патологией и ожогами, подлежит оплате по хирургическому профилю. При формировании счетов-реестров указывать профиль врачебной специальности: хирург, детский хирург;

при формировании счетов-реестров при эндоскопических вмешательствах указывать профиль койки и врачебной специальности:

- профиль койки – травматология, врач – хирург-эндоскопист (112609);
- профиль койки – отоларингология, врач – хирург-эндоскопист (112609);
- профиль койки – урология, врач – хирург-эндоскопист (112609);
- профиль койки – хирургия, врач – хирург-эндоскопист (112609);
- профиль койки – акушерство и гинекология, врач – акушер-гинеколог-эндоскопист (110104);
- профиль койки – сосудистая хирургия – хирург-эндоскопист;
- профиль койки – проктологический – хирург-эндоскопист;
- профиль койки – торакальная хирургия – хирург-эндоскопист;
- профиль койки – ортопедические – хирург-эндоскопист.

При формировании и приеме счетов-реестров оказанной медицинской помощи детям подросткового возраста (до 17 лет включительно) руководствоваться приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.05.1999 № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста»: медицинская помощь подросткам в стационарах общей сети подлежит оплате.

При формировании и приеме счетов-реестров оказанной медицинской помощи в приемном отделении указывать профиль врачебной специальности.

5.1.8. Страховой медицинской организации представлять в Территориальный фонд ОМС акт сверки расчетов по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию между страховой медицинской организацией и медицинской организацией в срок до 7 числа второго месяца следующего за отчетным (приложение 37).

5.1.9. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012 № 1006н и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2012 № 1011н при формировании счетов-реестров по диспансеризации отдельных групп взрослого населения, проведении профилактических осмотров необходимо соблюдать следующий порядок заполнения счетов-реестров:

5.1.9.1. Для определения группы взрослого населения, подлежащей диспансеризации, профилактическому осмотру (работающие, неработающие, обучающиеся по очной форме), следует обязательно заполнять элемент PSTATUS раздела сведений о пациенте (Приложение 1 Порядка информационного взаимодействия) соответствующим значением классификатора TL001.

5.1.9.2. При формировании счетов-реестров 1 этапа диспансеризации, профилактического осмотра указывать профиль медицинской помощи: терапия; медицинская специальность: терапия (1122), либо (при приеме врачом общей практики) профиль: общая врачебная практика, специальность: общая врачебная практика (1110), либо (при приеме фельдшера ФАП) профиль: лечебное дело, специальность: лечебное дело (2002).

5.1.9.3 Проводимые на 1 этапе диспансеризации, профилактическом осмотре мероприятия (кроме приёма (осмотра) врача-терапевта) подавать услугами к посещению врача-терапевта/фельдшера (см.п.9.9.2) в соответствии с территориальным классификатором услуг Т003. При наличии документального подтверждения отказа пациента от проведения того или иного исследования, его так же следует подавать как услугу в соответствии с территориальным классификатором услуг Т003. Профиль медицинской помощи и медицинскую специальность для услуг (кроме консультации врача-невролога) указывать терапия/лечебное дело. Консультацию врача-невролога (отказ от консультации врача-невролога) указывать так же как услугу к случаю (посещение врача-терапевта/фельдшера), профиль и специальность для услуги указывать неврология.

5.1.9.4. Для указания группы состояния здоровья пациента по итогам проведения диспансеризации, профилактического осмотра следует указывать соответствующую услугу из классификатора Т003.

5.1.9.5. При направлении пациента на 2 этап диспансеризации в счетах-реестрах 1 этапа диспансеризации в поле Результат обращения/госпитализации (RSLT) раздела сведений о случае указывать код 399 (Пациент направлен на 2 этап диспансеризации) в соответствии с классификатором V009 (Приложение 2 Порядка информационного взаимодействия). В остальных случаях при завершении 1 и 2 этапов диспансеризации в поле Результат обращения/госпитализации ставить код 312 (Проведена дополнительная диспансеризация).

5.1.9.6. При формировании счетов-реестров 2 этапа диспансеризации осмотры узких специалистов подавать отдельными посещениями с соответствующими кодами способа оплаты, профиля медицинской помощи и медицинской специальности. Тарифицируемые услуги подавать со следующих профилей и специальностей:

- ФГДС: хирургия / хирургия (1126) или терапия / терапия (1122);
- дуплексное сканирование брахицефальных артерий: неврология / неврология (1109) или терапия / терапия (1122);
- ректороманоскопия: хирургия / хирургия (1126) или колопроктология / колопроктология (112601).

5.1.9.7. При формировании счетов-реестров 2 этапа диспансеризации осмотры терапевта подавать отдельными посещениями с соответствующими кодами способа оплаты, профиля медицинской помощи и медицинской специальности, с указанием группы здоровья выставленной на 2 этапе диспансеризации.

5.1.9.8. При проведении профилактических осмотров в поле Результат обращения/госпитализации (RSLT) раздела сведений о случае указывать код 398 (Проведен профилактический медосмотр) в соответствии с классификатором V009 (Приложение 2 Порядка информационного взаимодействия).

5.1.9.9. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012г. №1346н, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 №72н и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2013 №216н при формировании счетов-реестров по диспансеризации детей-сирот, и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и медицинским осмотрам несовершеннолетних необходимо соблюдать следующий порядок заполнения счетов-реестров.

5.1.9.9.1. При формировании счетов-реестров по диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, следует обязательно заполнять элемент PSTATUS раздела сведений о пациенте (Приложение 1 Порядка информационного взаимодействия) соответствующим значением классификатора TL001:

- Пребывающие в стационарных учреждениях дети-сироты и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации;

- Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей.

5.1.9.9.2. При формировании счетов-реестров по диспансеризации/ медицинским осмотрам несовершеннолетних указывать профиль медицинской помощи: педиатрия, медицинская специальность: педиатрия (1134); либо профиль: общая врачебная практика (семейная медицина), специальность: общая врачебная практика (семейная медицина) (1110).

5.1.9.9.3 Проводимые во время медицинских осмотров мероприятия (лабораторные, функциональные и иные исследования, осмотры врачами-специалистами), в том числе осмотр врачом-педиатром, подавать услугами к посещению врача-педиатра/ВОП (см.п.9.10.2) в соответствии с территориальным классификатором услуг T003. Профиль медицинской помощи и медицинскую специальность для услуг-осмотров врачами-специалистами указывать в соответствии с профилем и медицинской специальностью медицинского работника, проводившего осмотр. Профиль медицинской помощи и медицинскую специальность для прочих услуг (лабораторных, функциональных и иных исследований) указывать педиатрия/общая врачебная практика (семейная медицина).

5.1.9.9.4. При направлении пациента на 2 этап диспансеризации/медосмотра в счетах-реестрах 1 этапа осмотра в поле Результат обращения/госпитализации (RSLT) раздела сведений о случае указывать код 399 (Пациент направлен на 2 этап диспансеризации/медосмотра) в соответствии с классификатором V009 (Приложение 2 Порядка информационного взаимодействия). В остальных случаях при завершении 1 и 2 этапов медицинского осмотра в поле Результат обращения/госпитализации ставить код 398 (Проведен медицинский осмотр), а при завершении 1 и 2 этапов диспансеризации – код 312 (Проведена дополнительная диспансеризация).

5.1.9.9.5. При формировании счетов-реестров 2 этапа диспансеризации осмотры узких специалистов подавать отдельными посещениями с соответствующими кодами способа оплаты, профиля медицинской помощи и медицинской специальности.

5.1.9.9.6. При формировании счетов-реестров по 2 этапу медицинских осмотров несовершеннолетних указывать профиль медицинской помощи: педиатрия, медицинская специальность: педиатрия (1134); либо профиль: общая врачебная практика (семейная медицина), специальность: общая врачебная практика (семейная медицина) (1110).

5.1.9.9.7. Все проводимые во время 2 этапа медосмотров дополнительные мероприятия (лабораторные, функциональные и иные исследования, осмотры врачами-специалистами), не включенные в Перечень исследований при проведении медицинских осмотров несовершеннолетних (раздел 1 для профилактических осмотров, раздел 2 для предварительных), подавать услугами «Дополнительная консультация/исследование 2 этапа медосмотра» к посещению врача-педиатра/ВОП (см.п.9.10.6) в соответствии с территориальным классификатором услуг T003. Профиль медицинской помощи и медицинскую специальность для услуги указывать в соответствии с профилем и медицинской специальностью медицинского работника, проводившего осмотр. Обязательно к заполнению поле «Код МО» (LPU) раздела «Сведения об услуге» значением кода МО, в котором была проведена указанная услуга. Все проведенные дополнительные исследования и консультации необходимо подавать услугами к одному случаю (посещение врача-педиатра/ВОП) (см.п.9.10.6).

5.1.9.9.8. Для указания группы состояния здоровья пациента по итогам проведения 1 либо 2 этапа диспансеризации/медицинского осмотра следует указывать соответствующую услугу из классификатора Т003.

5.2. Применение дорогостоящих лекарственных препаратов и медицинских изделий при отдельных заболеваниях в сфере обязательного медицинского страхования Республики Хакасия

5.2.1. В целях обеспечения лекарственной терапии при оказании стационарной и скорой медицинской помощи, а также улучшения качества медицинской помощи и снижения смертности при отдельных заболеваниях применяются дорогостоящие лекарственные препараты и медицинские изделия:

- на снижение смертности от массивных кровотечений - эптаконг альфа активированный (новосэвен), протромплекс-600 (октаплекс);
- на снижение инвалидизации лиц трудоспособного возраста с заболеваниями сосудов нижних конечностей – алпростадил (вазапростан);
- на снижение детской смертности - иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgA+IgM] (пентаглобин), порактант альфа (куросурф);
- на снижение смертности от полирезистентных госпитальных инфекций: тобрамицин (брамитоб), даптомицин (кубицин), пиперациллин+[тазобактам]& (тазоцин);
- с целью достижения ремиссии больным с ревматологическими и гастроэнтерологическими заболеваниями проведение курса лечения препаратами – ритуксимаб (мабтера), инфликсимаб (ремикейд), абатацепт (оренсия), тоцилизумаб (актемра);
- с целью снижения смертности при системных микозах: капсофунгин (кансидас).
- на снижение инвалидизации и смертности – искусственные тазобедренные суставы.
- расходные материалы для аппарата Prostal und Core Therm: шелиновский катетер, PLFT катетер, мягкий стент;
- на снижение смертности при острых инфарктах миокарда альтеплаза (актилизе), включая скорую медицинскую помощь;
- с целью снижения смертности от онкологических заболеваний: химиотерапевтические препараты, для лечения нейроэндокринных опухолей – противоопухолевый гормональный препарат октреотид – Депо;
- для проведения эндоскопического лечения стриктур пищевода и желчных путей – саморасправляющиеся пищеводные и билиарные стенты;
- для оказания экстренной помощи травматологическим больным медицинские изделия для остеосинтеза: костей таза, позвоночника, чрезвертельных переломов бедра и других видов остеосинтеза;
- на снижение смертности при острых инфарктах миокарда в условиях оказания скорой медицинской помощи тенектеплаза (метализе);
- для сохранения беременности при угрозе преждевременных родов – атосибан (трактоил);
- с целью снижения младенческой смертности (при хронических болезнях органов дыхания, развившихся в перинатальном периоде, при гемодинамически значимых пороках сердца, а также недоношенным до 35-ой недели гестации), иммунопрофилактики РСВ – инфекции - паливизумаб (синагис),

5.2.2. В случаях применения дорогостоящих лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании стационарной и скорой медицинской помощи, медицинская организация в обязательном порядке формирует реестр и представляет в страховую медицинскую организацию для анализа финансово-хозяйственной

деятельности.

5.2.3. Дорогостоящие лекарственные препараты и медицинские изделия учтены в коэффициентах относительной затратоемкости и дополнительной оплате за счет средств ОМС не подлежат.

5.3. Контроль использования средств обязательного медицинского страхования

5.3.1. Финансовые средства, направленные Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Хакасия в страховые медицинские организации и медицинские организации на финансовое обеспечение территориальной программы ОМС в соответствии с частью 6 статьи 14 и частями 1, 2 статьи 28 Федерального закона Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», имеют целевой характер использования.

5.3.2. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Хакасия осуществляет контроль за целевым использованием средств обязательного медицинского страхования путем проведения ревизий и проверок согласно утвержденному плану в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16.04.2012 № 73 «Об утверждении Положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования».

5.3.3. Страховые медицинские организации и медицинские организации, допустившие нецелевое использование средств обязательного медицинского страхования, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.4. Приложения к Тарифному соглашению

Настоящее Тарифное соглашение устанавливает:

- тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи в амбулаторных условиях с 1 января 2016 года (приложение 1);
- интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива, подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций с 1 января 2016 года (приложение 2);
- половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи в Республике Хакасия на 2016 год (приложение 3);
- тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам определенных групп взрослого населения с 1 января 2016 года (приложение 4);
- тарифы на оплату медицинских осмотров несовершеннолетних и диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в Республике Хакасия с 1 января 2016 года (приложение 5);
- тарифы на отдельные медицинские услуги на 2016 год (приложение 6);
- объемы и плановые расходы на проведение магнитно-резонансной томографии на 2016 год (приложение 7);
- перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициенты

относительной затратноёмкости, размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), стоимость законченного случая лечения по КСГ в стационарных условиях с 1 января 2016 года (приложение 8);

- перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициенты относительной затратноёмкости, размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), стоимость законченного случая лечения по КСГ в условиях дневного стационара с 1 января 2016 года (приложение 9);

- перечень клинико-статистических групп, к которым не применяется коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи (приложение 10);

- тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи на 2016 год (приложение 11);

- стоимость вызова скорой медицинской помощи для медицинских организаций Республики Хакасия и скорой специализированной медицинской помощи для ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая больница имени Г.Я. Ремишевской» с 1 января 2016 года (приложение 12);

- интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива, подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций с 1 января 2016 года (приложение 13);

- половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в Республике Хакасия на 2016 год (приложение 14);

- объемы предоставления медицинской помощи по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Республики Хакасия на 2016 год (приложение 15);

- перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) на 2016 год (приложение 16);

- перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организации штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (для случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации) на 2016 год (приложение 17);

- реестр счетов:

на оплату медицинской помощи (приложение 18);

на оплату скорой медицинской помощи (приложение 19);

на оплату скорой специализированной медицинской помощи (приложение 20);

на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках первого этапа диспансеризации (приложение 21);

на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках второго этапа диспансеризации (приложение 22);

на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках первого этапа медицинского осмотра несовершеннолетних детей (приложение 23);

на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках второго этапа медицинского осмотра несовершеннолетних детей (приложение 24);

реестра услуг (приложение 25);

на дорогостоящие лекарственные препараты и медицинские изделия (приложение 26);

на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (приложение 27);

на оплату скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (приложение 28);

реестр счета услуги (приложение 29);

на оплату медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования (приложение 30);

- сводные реестры (приложения 31, 32, 33, 34);

- счет на оплату медицинской помощи оказанной медицинской организацией (приложение 35);

- счет на оплату скорой медицинской помощи (приложение 36);

- акт сверки расчетов по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (приложение 37);

- расчет суммы к перечислению средств по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи (приложение 38).