

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ НА ТЕРРИТОРИИ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Иркутск

25 декабря 2017 г.

Ярошенко Олег Николаевич - министр здравоохранения Иркутской области,

Градобоев Евгений Валерьевич - директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Иркутской области,

Приходько Олег Адамович - директор Иркутского филиала ООО ВТБ МС, президент Ассоциации медицинских страховщиков Иркутской области,

Никифорова Светлана Владимировна - председатель Иркутской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации,

Гайдаров Гайдар Мамедович - председатель Правления Иркутского регионального отделения Общероссийской общественной организации "Российское общество по организации здравоохранения и общественного здоровья",

Дудин Петр Евлампьевич - главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Иркутская область" областного клинического госпиталя для ветеранов войн,

входящие в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Иркутской области (далее - Комиссия) и в дальнейшем именуемые "Стороны", на основании решения, принятого Комиссией, заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

Раздел 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области (далее - Тарифное соглашение) заключено на основании статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011г. № 158н, Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014г. № 200.

2. Предметом настоящего Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Иркутской области в рамках реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, являющейся составной частью Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области, размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, 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, расходование средств обязательного медицинского страхования.

3. Термины и определения, используемые в настоящем Тарифном соглашении:

Медицинские организации - организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы/индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность, имеющие право на осуществление медицинской деятельности (лицензию), включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Иркутской области, на соответствующий календарный год и которым установлены объемы медицинской помощи.

Страховые медицинские организации - страховые медицинские организации, филиалы страховых медицинских организаций, имеющие лицензию на осуществление обязательного медицинского страхования на территории Иркутской области и включенные в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Иркутской области, на соответствующий календарный год.

Объемы медицинской помощи - установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования объемы предоставления медицинской помощи, распределенные Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Иркутской области между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи.

Раздел 2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Глава 1. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, приведен в приложении № 1 к Тарифному соглашению (раздел 1).

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), приведен в приложении № 1 к Тарифному соглашению (раздел 2).

2. Оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее - подушевой норматив) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

3. В рамках подушевого норматива финансируется первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная специализированная медико-санитарная помощь, оказанная в амбулаторных условиях прикрепившимся застрахованным лицам. Единицей объема медицинской помощи является 1 посещение, обращение.

Подушевой норматив включает финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность поликлиники, а также внешние консультации и обследования (исследования), оказанные в амбулаторных условиях в других медицинских организациях застрахованным лицам.

4. В подушевой норматив не включаются:

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

- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходы на медицинскую помощь оказанную в неотложной форме;

- расходы на стоматологическую помощь;

- расходы на оплату услуг магнитно-резонансной томографии и компьютерной томографии.

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

5. На основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, определяется средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{AMB} = \frac{(N o_{ПРОФ} \times N фз_{ПРОФ} \times N o_{ОЗ} \times N o_{НЕОТЛ} \times N фз_{НЕОТЛ}) \times Чз - ОС_{МТР}}{Чз},$$

где:

ΦO_{CP}^{AMB} - средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Иркутской области, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$N o_{ПРОФ}$ - норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;

$N o_{ОЗ}$ - норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания

	гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, обращений;
НоНЕОТЛ	норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;
НфзПРОФ	норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
НфзОЗ	норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
НфзНЕОТЛ	норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
ОСмтр	размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Иркутской области, рублей;
Чз	- численность застрахованного населения, человек.

6. Определение базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Исходя из среднего размера финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Иркутской области, в расчете на одно застрахованное лицо определяется базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц по следующей формуле:

$$Пн_{БАЗ} = \frac{(ФО_{СР}^{АМБ} \times Чз - ОС_{ЕО})}{Чз}, \text{ где :}$$

- Пн_{БАЗ} - базовый подушевой норматив финансирования, рублей;
- ОС_{ЕО} - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Иркутской области.

Среднемесячный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц (Пн_{пл}) определяется путем деления базового подушевого норматива финансирования на двенадцать месяцев.

7. Определение дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

На основе подушевого норматива финансирования (среднемесячного) на прикрепившихся лиц, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования граждан Иркутской области (далее - Фонд) рассчитывает дифференцированный подушевой норматив для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДПн^i = Пн_{пл} \times СКД_{инт}^i, \text{ где:}$$

- ДПнⁱ - дифференцированный подушевой норматив для i-й группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей;
- СКД_{инт}ⁱ - средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i-й группы (подгруппы) медицинских организаций.

8. Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определяется путем ранжирования значений интегрированных коэффициентов дифференциации подушевого норматива в группы (подгруппы) медицинских организаций (Приложение N 20 к Тарифному соглашению).

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

$$КД_{инт} = КД_{ПВамп} \times КД_{СУБ}, \text{ где:}$$

- КД_{инт} - интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации;
- КД_{ПВамп} - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;
- КД_{СУБ} - районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории Иркутской области.

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

$$ПК = \frac{\sum_i (ДПН^i \times Ч_3^i)}{ПН_{пл} \times Ч_3}, \text{ где:}$$

$Ч_3^i$ - численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-й группе (подгруппе) медицинских организаций, человек.

Фактический дифференцированный подушевой норматив для i-й группы (подгруппы) медицинских организаций (ФДПН) рассчитывается по формуле:

$$ФДПН^i = \frac{ДПН^i}{ПК}, \text{ где:}$$

$ФДПН^i$ - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для i-й группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей.

10. Расчет финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях и оплачиваемой по подушевому нормативу, по следующей формуле:

$$ФО = ФДПН^i \times Ч_3^{ПР}, \text{ где:}$$

$ФО$ - размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, рублей;

$Ч_3^{ПР}$ - численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации, человек.

11. Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания 2,5.

Глава 2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, приведен в приложении № 2 к настоящему Тарифному соглашению.

2. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в стационарных условиях, производится:

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

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

3. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, на основе КСГ не осуществляется:

- при оказании медицинской помощи по заболеваниям, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации на соответствующий год (далее - Программа), установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

- при проведении услуг диализа.

В объем средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и оплачиваемой на основе КСГ, не включаются средства:

- предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;

- предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ заболеваний (в случаях, являющихся исключениями);

- направляемые на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения среднего поправочного коэффициента по сравнению с запланированным.

4. Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности основных и дополнительных классификационных критериев, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов.

В качестве основных классификационных критериев группировки КСГ используются диагноз в соответствии с кодом МКБ-10, приведенным в приложении № 3 к Тарифному соглашению, и хирургическая операция и/или другая применяемая медицинская технология в соответствии с кодом Номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава Российской Федерации от 13.10.2017г. N 804н (далее - Номенклатура), согласно приложению № 4 к Тарифному соглашению.

Дополнительными являются следующие классификационные критерии: возрастная категория пациента; сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ-10); пол; длительность лечения; оценка состояния пациента по шкалам: Шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), Шкала Реабилитационной Маршрутизации, схема лечения, длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких.

5. Процесс отнесения случая к КСГ регламентируется Группировщиком, приведенным в приложении № 5 к Тарифному соглашению. Группировщик позволяет

каждый случай в реестре пролеченных больных, оплата которого производится в рамках КСГ, отнести к определенной группе на основании классификационных критериев, которые соответствуют этому случаю. Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ-10, являющийся основным поводом к госпитализации.

При определении основных подходов к группировке случаев КСГ применяется "Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования", направленная Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - Инструкция) в электронном виде и которая размещена на официальном сайте Фонда.

6. При наличии хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ заболеваний осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры. В случае применения к пациенту нескольких хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратоемкости.

В ряде случаев, предусмотренных Инструкцией, отнесение заболевания к той или иной КСГ осуществляется с учетом кода диагноза по МКБ-10.

7. При отсутствии хирургических операций и/или других 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 и затратоемкость КСГ, к которой был отнесен данный случай в соответствии с кодом Номенклатуры, меньше затратоемкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ-10, оплата осуществляется по КСГ с наибольшим коэффициентом.

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

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

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе. Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи согласно приложению № 22 с учетом коэффициента дифференциации в приложении № 12 к Тарифному соглашению. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не

соответствует перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий. При этом размер тарифа на оплату медицинской помощи, рассчитанный по КСГ с учетом применения поправочных коэффициентов (за исключением коэффициента сложности лечения пациента), не должен превышать норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи медицинской помощи по соответствующему методу.

9. Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи, а при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований:

9.1. К прерванным относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальным, перечень случаев, предусмотрен в Приложении № 32 к Тарифному соглашению. При этом, если пациенту были выполнены хирургическая операция либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая КСГ, являющегося основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, данной КСГ. Если не выполнены указанная хирургическая операция либо другое вмешательство, случай оплачивается в размере 50% от стоимости данной КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз МКБ-10). Перечень КСГ, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения, предусмотрен в Приложении № 32 к Тарифному соглашению.

9.2. Аналогичный подход применяется к оплате прерванных случаев при преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

9.3. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара, в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар в пределах одной медицинской организации, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-й оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с пунктами 9.1 и 9.2 настоящей главы Тарифного соглашения. При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевание относится к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

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

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

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более (за исключением случаев, представленных в Инструкции) с последующим родоразрешением.

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

10. При оплате случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация» для КСГ №№ 325-333 критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ). При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях с оплатой по соответствующей КСГ.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

Глава 3. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, приведен в приложении № 6 к Тарифному соглашению.

2. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в условиях дневного стационара, производится:

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

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

3. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, на основе КСГ не осуществляется:

- при оказании медицинской помощи по заболеваниям, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации на соответствующий год, установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

- при проведении услуг диализа.

В объем средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и оплачиваемой на основе КСГ, не включаются средства:

- предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;
- предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ заболеваний (в случаях, являющихся исключениями);
- направляемые на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения среднего поправочного коэффициента по сравнению с запланированным.

4. Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности основных и дополнительных классификационных критериев, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов.

В качестве основных классификационных критериев группировки КСГ используются диагноз в соответствии с кодом МКБ-10, приведенным в приложении № 7 к Тарифному соглашению, и хирургическая операция и/или другая применяемая медицинская технологии в соответствии с кодом Номенклатуры согласно приложению № 8 к Тарифному соглашению.

Дополнительными являются следующие классификационные критерии: возрастная категория пациента; сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ-10); пол; длительность лечения, оценка состояния пациента по шкалам: Шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), Шкала Реабилитационной Маршрутизации, схема лечения, длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких.

5. Процесс отнесения случая к КСГ регламентируется Группировщиком, приведенным в приложении № 9 к Тарифному соглашению. Группировщик позволяет каждый случай в реестре пролеченных больных, оплата которого производится в рамках КСГ, отнести к определенной группе на основании классификационных критериев, которые соответствуют этому случаю. Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ-10, являющийся основным поводом к госпитализации.

При определении основных подходов к группировке случаев КСГ применяется "Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования", направленная Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - Инструкция) в электронном виде и которая размещена на официальном сайте Фонда.

6. При наличии хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ заболеваний осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры. В случае применения у пациента нескольких хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратоемкости.

В ряде случаев, предусмотренных Инструкцией, отнесение заболевания к той или иной КСГ осуществляется с учетом кода диагноза по МКБ-10.

7. При отсутствии хирургических операций и/или других 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 и затратоемкость группы, к которой был отнесен данный случай в соответствии с кодом Номенклатуры, меньше затратоемкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ-10, оплата осуществляется по группе с наибольшим коэффициентом. Данный подход не применяется для комбинации КСГ дневного стационара № 6 "Искусственное пребывание беременности" с КСГ дневного стационара № 1 "Осложнения беременности, родов, послеродового периода", при которых наличие операции не позволяет использовать соответствующую им КСГ по диагнозу.

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

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

9. Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи, а при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований:

9.1. К прерванным относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальным, перечень случаев, предусмотрен в Приложении № 33 к Тарифному соглашению. При этом, если пациенту были выполнены хирургическая операция либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая КСГ, являющегося основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, данной КСГ. Если не выполнены указанная хирургическая операция либо другое вмешательство, случай оплачивается в размере 50% от стоимости, данной КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз МКБ-10). Перечень КСГ, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения, предусмотрен в Приложении № 33 к Тарифному соглашению.

9.2. Аналогичный подход применяется к оплате прерванных случаев при преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

9.3. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках дневного стационара, в случае перевода из дневного стационара в круглосуточный

стационар в пределах одной медицинской организации, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-й оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами. При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевание относится к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

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

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
- родовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более (за исключением случаев, представленных в Инструкции) с последующим родоразрешением.

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

10. При оплате случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация» для КСГ №№ 123-128 критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ). При оценке 2-3 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в условиях дневного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

Глава 4. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

1. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (далее - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи), приведен в приложении № 10 Тарифного соглашения (раздел 1).

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за вызов скорой помощи, включая медицинскую эвакуацию пациентов, приведен в приложении № 10 Тарифного соглашения (раздел 2).

2. Финансовое обеспечение медицинских организаций, перечисленных в разделе 1 приложения № 10 Тарифного соглашения, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации (далее - СМП) застрахованным лицам, которым полис обязательного медицинского страхования выдан в Иркутской области, осуществляется по

подушевым нормативам финансирования, установленным настоящим Тарифным соглашением, дополнительно к финансовому обеспечению по подушевым нормативам финансирования применяется тариф за вызов с применением тромболизиса на догоспитальном этапе медицинскими организациями, оказывающими СМП вне медицинской организации.

Финансовое обеспечение медицинских организаций, перечисленных в разделе 2 приложения N 10 Тарифного соглашения, оказывающих СМП, осуществляется за вызов скорой помощи, включая медицинскую эвакуацию пациентов.

3. Тарифы на скорую медицинскую помощь, оказываемую вне медицинской организации, установлены в приложении № 11 к настоящему Тарифному соглашению.

В реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

4. На основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, определяется средний размер финансового обеспечения СМП в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{ср}}^{\text{СМП}} = \frac{(H O_{\text{СМП}} \times H \text{фз}_{\text{СМП}}) \times Чз - O C_{\text{мтр}}}{Чз}, \text{ где :}$$

$\Phi O_{\text{ср}}^{\text{СМП}}$ - средний размер финансового обеспечения СМП в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$H O_{\text{СМП}}$ - норматив объема СМП, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, вызовов;

$H \text{фз}_{\text{СМП}}$ - норматив финансовых затрат на единицу объема СМП, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$O C_{\text{мтр}}$ - размер средств, направляемых на оплату СМП, оказываемой застрахованным лицам за пределами Иркутской области, на территории которой выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей;

$Чз$ - численность застрахованного населения Иркутской области, человек.

4.1. Базовый подушевой норматив финансирования СМП рассчитывается исходя из среднего размера финансового обеспечения СМП в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$Пн_{\text{БАЗ}} = \frac{(\Phi O_{\text{ср}}^{\text{СМП}} \times Чз - O C_{\text{в}})}{Чз}, \text{ где :}$$

$Пн_{\text{БАЗ}}$ - базовый подушевой норматив финансирования СМП, рублей;

ОСв - размер средств, направляемых на оплату СМП застрахованным лицам в Иркутской области за вызов, рублей.

Среднемесячный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи ($Пн_{смп}$) определяется путем деления базового подушевого норматива финансирования СМП на двенадцать месяцев (далее - подушевой норматив СМП).

4.2. На основе подушевого норматива СМП, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДПн^i = Пн_{смп} \times СКД_{инт}^i, \text{ где:}$$

- | | |
|---------------|---|
| $ДПн^i$ | - дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-й группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей; |
| $СКД_{инт}^i$ | - средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, определенный для i-й группы (подгруппы) медицинских организаций. |

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

$$КД_{инт} = КД_{пвс} \times КД_{суб}, \text{ где:}$$

- | | |
|------------|---|
| $КД_{инт}$ | - интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации; |
| $КД_{пвс}$ | - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации; |
| $КД_{суб}$ | - районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории Иркутской области. |

Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определяется путем ранжирования значений интегрированных коэффициентов дифференциации подушевого норматива, в группы (подгруппы) медицинских организаций (Приложение № 21 к Тарифному соглашению).

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования СМП вне медицинской организации, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{\sum_i (ДПН^i \times Ч_3^i)}{ПН_{СМП} \times Ч_3}, \text{ где:}$$

$Ч_3^i$ - численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-й группе (подгруппе) медицинских организаций, человек.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации для группы (подгруппы) медицинских организаций (ФДПН) рассчитывается по формуле:

$$ФДПН^i = \frac{ДПН^i}{ПК}, \text{ где:}$$

$ФДПН^i$ - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-й группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей.

5. Расчет финансирования скорой медицинской помощи.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется исходя из значения, фактического дифференцированного подушевого норматива, численности обслуживаемого населения, а также объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов по следующей формуле:

$$ФО_{СМП} = ФДПН^i \times Ч_3^{ол} + ОС_В, \text{ где:}$$

$ФО_{СМП}$ - размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

$Ч_3^{ол}$ - численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек.

6. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива учитывают половозрастную структуру населения, обслуживаемого медицинской организацией, оказывающей СМП.

Коэффициенты дифференциации для муниципальных образований Иркутской области рассчитаны в соответствии с пунктом 5 Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденных приказом ФОМС от 18.11.2014г. № 200 (Приложение № 12 Тарифного соглашения).

7. Оплата СМП застрахованным лицам, которым полисы обязательного медицинского страхования выданы в других субъектах Российской Федерации, осуществляется по тарифу за вызов скорой медицинской помощи с применением коэффициентов дифференциации к настоящему Тарифному соглашению, а в случае применения тромболизиса - в размере суммы тарифа за вызов скорой медицинской помощи с применением коэффициентов

дифференциации к настоящему Тарифному соглашению и тарифа на проведение тромболитической терапии (Приложение № 11).

8. Транспортировка пациентов, не требующих проведения мероприятий по оказанию СМП, а также применения медицинского оборудования, в том числе на плановую консультацию или на прием к врачу или обследование, перевозка и доставка консультантов, обслуживающего персонала медицинских организаций, медицинских препаратов из одной медицинской организации в другую медицинскую организацию оплачивается медицинской организацией, инициировавшей данную транспортировку, в рамках заключенных договоров на транспортные услуги.

9. За счет средств обязательного медицинского страхования не оплачивается дежурство бригад СМП при проведении культурно-массовых мероприятий; за оказание помощи лицам, не застрахованным по ОМС; мероприятия в рамках взаимодействия с силовыми структурами; медицинская помощь при заболеваниях, не включенных в территориальную программу ОМС.

Раздел 3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи в сфере ОМС определяется в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (далее - Правила ОМС).

2. Тарифы на оплату медицинской помощи в сфере ОМС, установленные настоящим Тарифным соглашением, применяются для оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках Территориальной программы ОМС лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области, в медицинских организациях в рамках заключенных со страховыми медицинскими организациями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в пределах установленного объема предоставления медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств ОМС. Оплата медицинской помощи, оказанной на территории Иркутской области в рамках базовой программы ОМС лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации, осуществляется в порядке, установленном Правилами ОМС, по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

3. Установление тарифов на отдельные медицинские услуги осуществляется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной Приказом Минздрава Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг".

4. Медицинская организация обязана вести отдельный учет средств ОМС, в том числе раздельное ведение бухгалтерского учета поступивших и израсходованных средств ОМС от других источников финансирования (бюджетного, от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности), а также по видам и условиям оказания медицинской помощи ("Специализированная медицинская помощь, в стационарных условиях", "Специализированная медицинская помощь, в условиях дневного стационара", "Высокотехнологичная медицинская помощь", "Первичная медико-санитарная помощь и

первичная специализированная медико-санитарная помощь, в амбулаторных условиях", "Скорая медицинская помощь, вне медицинской организации").

5. Средства ОМС учитываются на отдельном лицевом счете государственными бюджетными учреждениями здравоохранения (федерального государственного казенного учреждения здравоохранения), открытом в установленном порядке в органе федерального казначейства или финансовом органе субъекта Российской Федерации, а также отдельном лицевом или расчетном счете государственного автономного учреждения здравоохранения, на отдельном расчетном счете медицинской организации иной формы собственности.

Глава 1. ТАРИФЫ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМУЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Иркутской области, 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, составляет 5 286,0 рублей.

2. Размер подушевого норматива финансирования (тариф на основе подушевого норматива финансирования) в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу, составляет 204,07 рубля на 1 застрахованное лицо в месяц.

3. Расчеты за первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, оказанную застрахованным лицам в медицинских организациях, не имеющих прикрепленное население, а также при оплате медицинской помощи в рамках межтерриториальных расчетов осуществляются по тарифам стоимости посещения, медицинской услуги, установленным в приложении № 13 Раздел 2 к настоящему Тарифному соглашению.

4. Стоматологическая помощь оплачивается по стоимости УЕТ в соответствии со средним количеством УЕТ в одной медицинской услуге, применяемым для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях в соответствии с приложением № 14 к настоящему Тарифному соглашению.

5. Проведение бактериологических исследований оплачиваются по стоимости УЕТ, гистологических и цитологических исследований 1 пациенту в рамках законченного случая лечения, обращения, посещения - по стоимости 1 исследования за выполненные объемы медицинской помощи в соответствии с приложением № 15 к настоящему Тарифному соглашению.

6. Тарифы на стоматологическую помощь применяются медицинскими учреждениями с применением коэффициентов дифференциации, установленных в приложении N 12 к настоящему Тарифному соглашению.

7. Тарифы на прижизненные патолого-анатомические услуги по исследованию операционного и биопсийного материала применяются медицинскими учреждениями с применением коэффициентов дифференциации, установленных в приложении N 12 к настоящему Тарифному соглашению.

8. Оплата за проведение планового диализа в амбулаторных условиях осуществляется по стоимости медицинской услуги в соответствии с тарифами, установленными в приложении № 16 к настоящему Тарифному соглашению. Установленные тарифы рассчитаны с учетом применения коэффициента дифференциации, предусмотренного приложением № 12 к Тарифному соглашению, на долю расходов на заработную плату.

9. Оплата медицинских услуг, оказанных в центрах здоровья, которые являются структурными подразделениями медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, осуществляется в рамках подушевого финансирования. Оплата медицинских услуг, оказанных в центрах здоровья, которые являются структурными подразделениями медицинских организаций, не имеющих прикрепленное население, осуществляется по стоимости одного посещения в соответствии с тарифами, установленными в приложении № 13 к настоящему Тарифному соглашению, с применением коэффициентов дифференциации, установленных в приложении № 12 к настоящему Тарифному соглашению.

10. Оплата проведения первого этапа диспансеризации отдельных категорий граждан осуществляется по тарифам, установленным в приложениях № 17 к настоящему Тарифному соглашению, с применением коэффициентов дифференциации, установленных в приложении № 12 к настоящему Тарифному соглашению.

11. Оплата проведения второго этапа диспансеризации отдельных категорий граждан осуществляется по стоимости посещения врача-специалиста, по стоимости медицинской услуги в соответствии с тарифами, установленными в приложении № 17 к настоящему Тарифному соглашению.

12. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях установлены в приложении № 18 к настоящему Тарифному соглашению.

Для установления половозрастных коэффициентов дифференциации, при распределении численности застрахованных лиц используются следующие половозрастные группы:

ноль - один год мужчины/женщины (до 1 года);

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.

Глава 2. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, 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, составляет 7 373,5 рублей.

2. Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ), коэффициенты относительной затратоемкости КСГ, поправочные коэффициенты приведены в приложении № 25 к настоящему Тарифному соглашению.

3. Коэффициенты дифференциации приведены в приложении № 12 к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициенты дифференциации применяются при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях медицинской организацией (структурным подразделением медицинской организации), расположенной на территории соответствующего муниципального образования Иркутской области.

4. Размер средней стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях, включенного в КСГ (базовая ставка), составляет 23 050,39 рубля.

5. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

5.1. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях устанавливается в размере:

для медицинских организаций 1-го уровня - 0,98;

для медицинских организаций 2-го уровня - 1,17;

для медицинских организаций 3-го уровня - 1,20.

Распределение медицинских организаций по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи в стационарных условиях указано в приложении № 2 к Тарифному соглашению.

Коэффициенты подуровней установлены в приложении № 26 к Тарифному соглашению. Коэффициенты подуровней установлены с учетом уровня расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи, достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, утвержденных планом мероприятий ("дорожной картой") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Иркутской области".

Определение групп КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях, осуществляется в соответствии с Инструкцией.

5.2. Коэффициенты сложности лечения пациента (далее - КСЛП) установлены в Приложении № 27 к Тарифному соглашению.

КСЛП применяется также при сверхдлительных сроках госпитализации, обусловленных медицинскими показаниями. К сверхдлительным срокам госпитализаций относятся случаи лечения длительностью более 30 дней, за исключением ряда КСГ (перечень представлен в Инструкции), для которых сверхдлительными являются сроки лечения, превышающие 45 дней. Расчет КСЛП для оплаты случаев сверхдлительного пребывания в стационарных условиях осуществляется в соответствии с Инструкцией.

5.3. Управленческий коэффициент установлен в Приложении № 25 к Тарифному соглашению.

6. Стоимость одного случая госпитализации в круглосуточном стационаре (СС_{кстг/кс}) определяется по следующей формуле:

$$СС_{кстг/кс} = БС_{кс} \times КЗ_{кстг/кс} \times ПК_{кс} \times КД, \text{ где:}$$

БС_{кс} - размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), установленная для условий круглосуточного стационара;

КЗ_{кстг/кс} - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

ПК_{кс} - поправочный коэффициент оплаты КСГ;

КД - коэффициент дифференциации.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается по следующей формуле:

$$ПК_{кс} = КУ_{кстг/кс} \times КУ_{Смо/кс} \times КСЛП_{кс}, \text{ где:}$$

КУ_{кстг/кс} - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации в условиях круглосуточного стационара;

КУ_{Смо/кс} - коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара для медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП_{кс} - коэффициент сложности лечения пациента.

7. Тарифы на оплату законченных случаев лечения с применением высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, установлены в приложении № 22 к Тарифному соглашению.

8. При проведении в стационарных условиях процедур диализа, включающего различные методы, применяется способ оплаты медицинской помощи за 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. Стоимость процедур диализа определяется в соответствии с тарифами, установленными в приложении № 16 к настоящему Тарифному соглашению.

Глава 3. ТАРИФЫ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМУЮ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Иркутской области, 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, составляет 1 234,8 рублей.

2. Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ), коэффициенты относительной затратоемкости КСГ, поправочные коэффициенты приведены в приложении № 28 к Тарифному соглашению.

3. Коэффициенты дифференциации приведены в приложении № 12 к Тарифному соглашению.

Коэффициенты дифференциации применяются при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара медицинской организацией (структурным подразделением медицинской организации), расположенной на территории соответствующего муниципального образования Иркутской области.

4. Размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара, включенного в КСГ (базовая ставка), составляет 14 075,67 рубля.

5. Поправочные коэффициенты оплаты по КСГ:

5.1. Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара устанавливаются в размере:

для медицинских организаций 1-го уровня - 0,96;

для медицинских организаций 2-го уровня - 1,15;

для медицинских организаций 3-го уровня - 1,20.

Распределение медицинских организаций по группам (подгруппам) оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара указано в приложении № 6 к Тарифному соглашению.

Коэффициенты подуровней установлены в приложении № 29 к Тарифному соглашению. Коэффициенты подуровней установлены с учетом уровня расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи, достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, утвержденных планом мероприятий ("дорожной картой") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Иркутской области.

5.2. Коэффициент сложности лечения пациента установлен в приложении № 27. Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8.

5.3. Управленческий коэффициент установлен в Приложении № 28 к Тарифному соглашению.

6. Стоимость одного случая госпитализации в дневном стационаре (СС_{кст/дн}) определяется по следующей формуле:

$$СС_{кст/дн} = БС_{дн} \times КЗ_{кст/дн} \times ПК_{дн} \times КД_{дн}, \text{ где:}$$

БС_{дн} - базовая ставка, установленная для условий дневного стационара;

КЗ_{кст/дн} - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

ПК_{дн} - поправочный коэффициент оплаты КСГ;

КД_{дн} - коэффициент дифференциации.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается по следующей формуле:

$$ПК_{дн} = КУ_{кст/дн} \times КУ_{Смо/дн} \times КСЛП_{дн}, \text{ где:}$$

КУ_{кст/дн} - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации в условиях дневного стационара;

КУ_{Смо/дн} - коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара для медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП_{дн} - коэффициент сложности лечения пациента.

7. Тарифы на оплату законченных случаев лечения с применением высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, установлены в приложении № 22 к Тарифному соглашению.

8. При проведении в условиях дневного стационара процедур диализа, включающего различные методы, применяется способ оплаты медицинской помощи за 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. Стоимость процедур диализа определяется в соответствии с тарифами, установленными в приложении № 16 к настоящему Тарифному соглашению.

Глава 4. ТАРИФЫ НА СКОРУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМУЮ ВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Иркутской области, 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, составляет 936,7 рублей.

2. Размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (тариф на основе подушевого норматива финансирования), составляет 51,66 рубля на 1 застрахованное лицо в месяц.

3. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, указаны в приложении № 11 к настоящему Тарифному соглашению.

4. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, приведены в приложении № 19 к настоящему Тарифному соглашению.

Для установления половозрастных коэффициентов дифференциации, при распределении численности застрахованных лиц используются следующие половозрастные группы:

ноль - один год мужчины/женщины (до 1 года);

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.

Глава 5. СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования Иркутской области и в части базовой программы обязательного медицинского страхования 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.

2. Указанные расходы осуществляются в пределах средств, полученных медицинской организацией от страховых медицинских организаций по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в рамках установленных объемов предоставления медицинской помощи застрахованным по ОМС лицам, оказанной в рамках Территориальной программы ОМС.

3. Расходование средств ОМС (расходы, входящие в структуру тарифа на медицинскую помощь) производится медицинскими организациями по соответствующим статьям (подстатьям) расходов, перечисленных в Указаниях о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденных Министерством финансов Российской Федерации (действующих на дату осуществления расходов медицинской организацией).

4. Расходование средств ОМС на заработную плату осуществляется в пределах фонда оплаты труда в соответствии с утвержденным штатным расписанием персонала медицинской организации, участвующего в оказании медицинских услуг по Территориальной программе ОМС (далее - штатное расписание по ОМС).

В штатное расписание по ОМС включаются должности согласно Номенклатуре должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием учреждений здравоохранения, утвержденной Минздравом России и в соответствии с видами работ (услуг), предусмотренными лицензией медицинской организации.

В штатном расписании должности административно-хозяйственного и общепольничного персонала: руководителей (в т.ч. структурных подразделений), фармацевтического персонала (в т.ч. провизоров, среднего и младшего фармацевтического персонала), специалистов с высшим и средним профессиональным образованием, бухгалтеров, финансистов, программистов, а также дворников, сторожей, водителей, обслуживающего персонала, работников лабораторий, рентгенологических кабинетов, прочих отделений (служб) включаются пропорционально объемам оказанной медицинской помощи (выполняемой работы) за счет средств ОМС и иных источников финансирования.

5. К расходам на заработную плату относятся тарифные ставки, оклады, доплаты и надбавки компенсационного характера, стимулирующие выплаты включенному в штатное расписание по ОМС персоналу, в том числе выплаты стимулирующего характера врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики, семейным врачам, медицинским сестрам участковым, врачам-терапевтам участковым, медицинским сестрам участковым, врачам-педиатрам участковым, медицинским сестрам общей практики, медицинским сестрам семейных врачей за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также 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.

Установленные размеры ставок, окладов, доплат и надбавок, порядок и условия их осуществления закрепляются в локальных актах медицинской организации по оплате труда и материальному стимулированию медицинских работников. Такие акты должны соответствовать трудовому законодательству и нормативным правовым актам Иркутской области.

6. Расходы на приобретение перевязочных средств, мягкого инвентаря, продуктов питания, медицинского инструментария, прочих материальных запасов производятся в соответствии с нормами и требованиями федеральных нормативных правовых актов и утвержденными стандартами и/или порядками оказания медицинской помощи.

Приобретение лекарственных препаратов осуществляется в рамках Перечней жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее - Перечни ЖНВЛП), утвержденных федеральными и областными нормативными правовыми актами.

Состав медицинской укладки выездной бригады скорой медицинской помощи комплектуется лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения в соответствии с федеральными нормативными правовыми актами.

7. При наличии медицинских показаний у пациентов (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) осуществляется приобретение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий Перечень ЖНВЛП, стандарт медицинской помощи, но назначенных пациенту - по решению врачебной комиссии.

8. Расходование средств ОМС на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, разрешенных к использованию в соответствии с законодательством Российской Федерации, в целях обеспечения нужд медицинской организации для выполнения Территориальной программы ОМС производится при отсутствии:

- просроченной кредиторской задолженности более 3 месяцев по статьям расходов, входящих в структуру тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС;

- неисполненных требований о возврате нецелевого использования средств ОМС по результатам проверок, проводимых ГУ ТФОМС граждан Иркутской области.

При приобретении основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу необходимо руководствоваться - ОК 013-2014.

9. Оплате за счет средств обязательного медицинского страхования не подлежат:

9.1. Расходы на проведение капитального ремонта зданий и сооружений, в том числе по составлению и экспертизе проектно-сметной документации. При определении капитального ремонта, а также текущего ремонта следует руководствоваться Положением о проведении планово-предупредительного ремонта производственных зданий и сооружений, утвержденным постановлением Госстроя СССР от 29.12.1973г. № 279, Положением об организации и проведении реконструкции, ремонта и технического обслуживания жилых зданий, объектов коммунального и социально-культурного назначения, утвержденным приказом Госкомархитектуры от 23.11.1988г. № 312.

9.2. Расходы по погашению просроченной кредиторской задолженности, включая финансовые санкции, образовавшейся у медицинской организации до 1 января 2013 года, т.е. до включения в состав финансовых затрат дополнительных статей расходов тарифа на оплату медицинской помощи в сфере ОМС (прочие статьи расходования средств ОМС), в том числе:

- просроченная задолженность по ЖКХ;

- просроченная задолженность за энергоресурсы: электроэнергию, теплоэнергию, газ, мазут, уголь;

- просроченная задолженность бюджетам всех уровней по налогам, сборам и начисленным пеням, штрафам, а также просроченная задолженность по платежам (начисленным пеням и штрафам) в государственные внебюджетные фонды.

9.3. Расходы по социальным, компенсационным выплатам медицинским работникам (в том числе по оплате жилья, коммунальных услуг), финансирование которых осуществляется в рамках утвержденных целевых программ и/или из средств соответствующего бюджета (федерального, областного, муниципального), согласно условиям, предусмотренным нормативными правовыми актами.

9.4. Расходы по заграничным командировкам.

9.5. Расходы на приобретение вакцин для профилактики инфекционных заболеваний у контингентов, подлежащих вакцинации, в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, протезов (за исключением изделий, предусмотренных Перечнем медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденным распоряжением Правительства РФ от 22.10.2016 N 2229-р), консервированной крови и плазмы для переливания, крови и компонентов крови, расходы, связанные с трансплантацией органов и/или тканей (за исключением трансплантации, осуществляемой в рамках территориальной программы ОМС), оптических стекол и оправ, кумуса, а также расходы по оплате за сдачу крови донорам, включая питание, расходы на приобретение расходных материалов для зубопротезирования (за исключением зубных протезов для детей-сирот, детей-инвалидов, детей, оставшихся без попечения родителей), расходы по оплате стоимости лекарств, отпускаемых на льготных условиях при амбулаторном лечении в установленном порядке, расходы на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (за исключением видов высокотехнологичной медицинской помощи, оплачиваемых за счет средств ОМС), на медикаменты и расходные материалы для научных работ.

9.6. Взыскания, в том числе штрафы и другие финансовые санкции, выставленные должностному лицу медицинской организации, взимаемые на основании судебного решения или постановления о назначении административного наказания.

9.7. Расходы по погашению просроченной кредиторской задолженности, образовавшиеся у медицинской организации до ее включения в перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС в случае, если медицинская организация не участвовала в реализации Территориальной программы ОМС в предшествующем году. А также начисленные на указанную просроченную кредиторскую задолженность неустойку (пени, штрафы), проценты за пользование чужими денежными средствами, возмещение убытков, другие виды ответственности за нарушение обязательств.

9.8. Расходы на оплату получения высшего и/или среднеспециального образования, обучения в ординатуре, в интернатуре.

10. За счет средств ОМС, полученных медицинскими организациями, приоритетными расходами являются: расходы на заработную плату; расходы по начислениям на оплату труда; расходы, непосредственно связанные с процессом оказания медицинской помощи застрахованным лицам (в т.ч. приобретение лекарственных препаратов, перевязочных средств, мягкого инвентаря, продуктов питания, медицинского инструментария); расходы на коммунальные платежи; расходы по уплате налогов (сборов).

11. Руководству медицинской организации надлежит обеспечить эффективное расходование средств ОМС, направленное на реализацию прав граждан на получение бесплатной качественной медицинской (в т.ч. лекарственной) помощи в рамках Территориальной программы ОМС, в соответствии со статьями расходов, включенными в структуру тарифа на медицинскую помощь в сфере ОМС. Принимаемые руководителем медицинской организации решения по расходованию средств ОМС не должны способствовать возникновению дебиторской и кредиторской задолженности медицинской организации по расходам.

12. Финансовое обеспечение деятельности отделений (кабинетов, коек) медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь как в рамках Территориальной программы ОМС, так и медицинскую помощь, не включенную в Территориальную программу ОМС, а также платные медицинские услуги, осуществляется пропорционально объемам оказанной медицинской помощи за счет средств ОМС и иных источников финансирования.

13. Финансовое обеспечение расходов медицинской организации, не включенных в структуру тарифа на медицинскую помощь в сфере ОМС, отделений (кабинетов, коек) медицинской организации, не оказывающих медицинскую помощь в рамках Территориальной программы ОМС, за счет средств ОМС не осуществляется.

14. Нецелевым использованием средств ОМС медицинскими организациями является: финансирование видов медицинской помощи, не включенных в Территориальную программу ОМС; оплата расходов, не включенных в структуру тарифа на медицинскую помощь в сфере ОМС; оплата медицинской помощи лицам, не застрахованным в сфере ОМС. В случае использования медицинской организацией средств ОМС не по целевому назначению медицинская организация несет ответственность в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

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

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

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

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

Сшт - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

2. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

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

P_T - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

Кно - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденному приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 (далее - перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля.

3. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле:

$$\text{Сшт} = \text{РП} \times \text{Кшт}, \text{ где:}$$

РП - размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи (применяется размер среднего подушевого норматива финансового обеспечения за счет средств ОМС на финансирование территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области);

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с перечнем оснований.

4. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, включающий размеры коэффициентов Кно для определения размера неполной оплаты и Кшт для определения размера штрафа (далее - Перечень):

N	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Кно для определения размера неполной оплаты	Кшт для определения размера штрафа
	Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц		
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:		
1.1.1.	На выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования		0,3
1.1.2.	На выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации		0,3
1.1.3.	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской в экстренной форме.		0,3
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:		
1.2.1.	Не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося		1,0

	заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания		
1.2.2.	Повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания		3,0
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.3.1.	Не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания		1,0
1.3.2.	Повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)		3,0
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования	1,0	1,0
1.5.	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных средств и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, согласованное и утвержденное в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи	0,5	0,5
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения			
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети "Интернет"		1,0
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети "Интернет" следующей информации:		
2.2.1.	О режиме работы медицинской организации		0,5
2.2.2.	Об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой	"	0,5

	государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи		
2.2.3.	О видах оказываемой медицинской помощи		0,5
2.2.4.	О показателях доступности и качества медицинской помощи		0,5
2.2.5.	О перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно		0,5
2.2.6.	О перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен		0,5
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях		1,0
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	О режиме работы медицинской организации		0,5
2.4.2.	Об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи		0,5
2.4.3.	О видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации		0,5
2.4.4.	О показателях доступности и качества медицинской помощи		0,5
2.4.5.	О перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно		0,5
2.4.6.	О перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении		0,5

	которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен		
	Раздел 3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи		
3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц)	0,1	1,0
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи		
3.2.1.	Не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица	0,1	
3.2.2.	Приведшее к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	0,3	
3.2.3.	Приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	0,4	
3.2.4.	Приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	0,9	1,0
3.2.5.	Приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	1,0	3,0
3.3.	Выполнение непоказанных, не оправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий:		

3.3.2.	Приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	0,4	
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения)	0,5	
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова.	0,5	
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица	0,8	1,0
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара	0,7	0,3
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям	0,6	
3.10.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях	1,0	

3.11.	Утратил силу. Неправильное действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие язвенного заболевания)	0,9	1,0
3.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения	0,3	
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством	0,3	0,3
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	0,9	1,0
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации			
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, без объективных причин	1,0	
4.2.	Отсутствие в первичной медицинской документации результаты обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	0,1	
4.3.	Отсутствие в первичной документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение в установленных законодательством Российской Федерации случаях	0,1	
4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания)	0,9	

4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.)	1,0	
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов	1,0	1,0
4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы		
4.6.2.	Включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту.		
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов			
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
5.1.1.	Наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета	1,0	
5.1.2.	Сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов	1,0	
5.1.3.	Наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению	1,0	
5.1.4.	Некорректное заполнение полей реестра счетов	1,0	
5.1.5.	Заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку)	1,0	
5.1.6.	Дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты	1,0	
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:		
5.2.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией	1,0	
5.2.2.	Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.)	1,0	

5.2.3.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ	1,0	
5.2.4.	Наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах	1,0	
5.2.5.	Включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ	1,0	
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в Территориальную программу ОМС:		
5.3.1.	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС	1,0	
5.3.2.	Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы	1,0	
5.3.3.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования)	1,0	
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:		
5.4.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении	1,0	
5.4.2.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении	1,0	
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности:		
5.5.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации	1,0	

5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации	1,0	
5.5.3.	Предоставление на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов)	1,0	
5.6.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи	1,0	
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:		
5.7.1.	Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее)	1,0	
5.7.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре	1,0	
5.7.3.	Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией	1,0	
5.7.4.	Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС	1,0	
5.7.5.	Включение в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); - пациентодней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях)	1,0	
5.7.6.	Включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи	1,0	

	застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения		
--	---	--	--

5. Размеры санкций не зависят от формы собственности медицинской организации, предоставляющей медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, и применяются ко всем медицинским организациям, включенным в перечень медицинских организаций (обособленных подразделений), участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области, в том числе Программы обязательного медицинского страхования, и осуществляющим деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

6. Перечень указывается в приложении к договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию между медицинской организацией и страховой медицинской организацией и является неотъемлемой частью данного договора.

7. 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 применяется при проведении ТФОМС Иркутской области (филиалами ТФОМС Иркутской области) контроля в рамках осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, и по результатам реэкспертизы.

Раздел 5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу 1 января 2018 года и действует до завершения расчетов за оказанную медицинскую помощь за 2018 год.

2. Рассмотрение вопросов об утверждении, изменении, индексации тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС на территории Иркутской области (полностью или в части) осуществляется по инициативе членов Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Иркутской области (далее - Комиссия) путем направления, мотивированного предложения председателю и/или секретарю Комиссии либо оглашения своих предложений на заседании Комиссии. Принятие Комиссией решения об утверждении, изменении или индексации тарифов производится при наличии источника финансового обеспечения расходов (затрат).

Решение Комиссии об утверждении, изменении, индексации размера тарифов на медицинскую помощь в сфере ОМС, а также иные изменения и дополнения к настоящему Тарифному соглашению оформляются письменно в виде дополнительного соглашения к настоящему Тарифному соглашению и считаются его неотъемлемой частью.

3. Неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения являются следующие приложения:

3.1. Приложение № 1:

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

3.2. Приложение № 2:

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

3.3. Приложение № 3:

Критерии группировки КСГ для круглосуточного стационара (код диагноза в соответствии с МКБ-10).

3.4. Приложение № 4:

Код хирургической операции и/или других применяемых медицинских технологий для круглосуточного стационара.

3.5. Приложение № 5:

Группировщик КСГ для круглосуточного стационара.

3.6. Приложение № 6:

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара.

3.7. Приложение № 7:

Критерии группировки КСГ для дневного стационара (код диагноза в соответствии с МКБ-10).

3.8. Приложение № 8:

Код хирургической операции и/или других применяемых медицинских технологий для дневного стационара.

3.9. Приложение № 9:

Группировщик КСГ для дневного стационара.

3.10. Приложение № 10:

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций.

3.11. Приложение № 11:

Тарифы на скорую медицинскую помощь, оказываемую вне медицинской организации.

3.12. Приложение № 12:

Коэффициенты дифференциации для муниципальных образований Иркутской области.

3.13. Приложение № 13:

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

3.14. Приложение № 14:

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях

3.15. Приложение № 15:

Тарифы на проведение бактериологических исследований, прижизненные патолого-анатомические услуги по исследованию операционного и биопсийного материала.

3.16. Приложение № 16:

Тарифы на услуги диализа.

3.17. Приложение № 17:

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан (взрослое население).

3.18. Приложение № 18:

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях.

3.19. Приложение № 19:

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

3.20. Приложение № 20:

Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях.

3.21. Приложение № 21:

Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

3.22. Приложение № 22:

Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.

3.23. Приложение № 23:

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан (детское население).

3.24. Приложение № 24:

Тарифы на проведение профилактических осмотров отдельных категорий граждан взрослого населения. Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров

несовершеннолетних, в том числе профилактических медицинских осмотров, проводимых медицинскими работниками в образовательных учреждениях

3.25. Приложение № 25:

Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ), коэффициенты относительной затратоемкости КСГ, поправочные коэффициенты (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях).

3.26. Приложение № 26:

Коэффициенты подуровня для оплаты медицинской помощи в стационарных условиях.

3.27. Приложение № 27

Перечень случаев, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента.

3.28. Приложение № 28:

Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ), коэффициенты относительной затратоемкости КСГ, поправочные коэффициенты (для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара).

3.29. Приложение № 29:

Коэффициенты подуровня для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

3.30. Приложение № 30:

Порядок проведения взаимных расчетов между медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

3.31. Приложение № 31:

Порядок расчета суммы оплаты медицинской помощи в целях соблюдения установленных финансовых объемов медицинской помощи.

3.32. Приложение № 32:

Перечень КСГ круглосуточного стационара, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения.

3.33. Приложение № 33:

Перечень КСГ дневного стационара, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения.

4. В случаях, не предусмотренных Тарифным соглашением, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

5. Настоящее Тарифное соглашение распространяется на правоотношения начиная с момента оплаты за медицинскую помощь за январь 2018 года.

6. С момента оплаты за медицинскую помощь за январь 2018 года утрачивает силу Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области от 30 декабря 2016 года (со всеми соглашениями о внесении изменений и дополнений).

7. Настоящее Тарифное соглашение составлено в шести экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

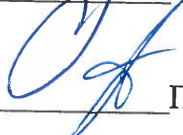
ПОДПИСИ СТОРОН



О.Н. Ярошенко



О.А. Приходько



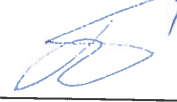
П.Е. Дудин



Е.В. Градобоев



С.В. Никифорова



Г.М. Гайдаров