

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в сфере обязательного медицинского страхования
в Калужской области

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

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

Общество с ограниченной ответственностью ВТБ Медицинское страхование (ООО ВТБ МС) в лице директора Калужского филиала ООО ВТБ МС Е.А. Амелиной, действующей на основании доверенности от 10.09.2018 № 31-ВСС, постановления Правительства Калужской области от 29.03.2012 № 154 «О составе комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования»;

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

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

I. Общие положения

1. Предмет соглашения

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

Правительства Российской Федерации РФ от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (далее – Программа госгарантий), Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС), Приказом Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования», Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», Постановлением Правительства Калужской области от 27.12.2018 № 825 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калужской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», другими нормативными правовыми актами в сфере обязательного медицинского страхования, письмом Минздрава России от 21.12.2018 № 11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», а также письмом Минздрава России № 11-7/10/2-7543, ФФОМС № 14525/26-1/и от 21.11.2018 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (далее – Методические рекомендации).

1.1.2. Соглашение определяет и устанавливает:

- размер и структуру тарифов на оплату медицинской помощи,
- порядок расчетов тарифов,
- способы и порядок оплаты медицинской помощи в сфере ОМС Калужской области,
- порядок взаимодействия между участниками и субъектами ОМС,
- размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за оказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

2. Сокращения, принятые в настоящем Соглашении

ОМС – обязательное медицинское страхование

СМО – страховая медицинская организация

МО – медицинская организация

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

ЭКСМП - экстренная консультативная скорая медицинская помощь

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт

ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Фонд – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Калужской области

КСГ – клинико-статистическая группа болезней

КПГ – клинико-профильная группа

УЕТ – условная единица трудоемкости

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь

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

ГБУЗ КО – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калужской области

ГАУЗ КО – Государственное автономное учреждение здравоохранения Калужской области

ФГБУ – Федеральное государственное бюджетное учреждение

ФКУЗ – Федеральное казенное учреждение здравоохранения

ФГАУ – Федеральное государственное автономное учреждение

Комиссия – Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Калужской области, состав которой утвержден Постановлением Правительства Калужской области от 29.03.2012 № 154 «О составе комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования»

Порядок информационного взаимодействия между участниками ОМС – «Порядок информационного взаимодействия между участниками обязательного медицинского страхования при осуществлении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Калужской области», утвержденный министерством здравоохранения Калужской области, Фондом, Акционерным обществом «МАКС-М» в лице филиала в г. Калуге, Обществом с ограниченной ответственностью ВТБ Медицинское страхование в лице Калужского филиала от 01.11.2018, размещенный на официальном сайте Фонда в сети «Интернет»

3. Основные понятия и термины

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

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

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

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

Понятие вводится как учетная величина при оплате медицинской помощи МО, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по тарифу на основе

подушевого норматива и не ограничивает получение медицинской помощи гражданами в других МО.

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

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

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

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

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

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

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

1.3.11. Посещения с иными целями – разовые посещения по заболеванию, активные посещения (включая консультации врачей-специалистов), диспансерное

наблюдение, консультативные посещения, посещения по поводу получения направлений, справок и медицинских документов с соответствующей записью в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и оформлением талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

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

1.3.13. Вызов скорой медицинской помощи - незамедлительный выезд и прибытие бригады скорой медицинской помощи к пациенту (на место вызова СМП), оказание СМП, включая установление ведущего синдрома и предварительного диагноза заболевания (состояния), осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению клинического состояния пациента и, при наличии медицинских показаний, осуществление медицинской эвакуации в медицинскую организацию, оказывающую консультативную и/или стационарную медицинскую помощь; с оформлением «Карты вызова скорой медицинской помощи» и «Сопроводительного листа станции (отделения) скорой медицинской помощи и талона к нему» при медицинской эвакуации пациента в МО.

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

1.3.14. Комплексное обследование в центре здоровья - контакт пациента с врачом с целью проведения комплексного обследования с последующей записью в карте центра здоровья, карте здорового образа жизни ребенка и оформлением талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Оплата осуществляется за счет средств МО, к которой застрахованное лицо прикреплено на медицинское обслуживание.

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

1.3.15. Посещение в рамках динамического наблюдения в центре здоровья - повторное обращение пациента к врачу, рекомендованное пациенту на основании результатов проведенного комплексного обследования, с последующей записью в карте центра здоровья, карте здорового образа жизни ребенка и оформлением талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Оплата осуществляется за счет средств МО, к которой застрахованное лицо прикреплено на медицинское обслуживание.

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

достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

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

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

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

1.3.20. Сверхкороткий случай лечения – это случай оказания медицинской помощи, при котором, достигнут ожидаемый клинический результат, и длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно (≤ 3 дня).

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

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

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

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

1.3.24. Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом дополнительных классификационных критериев, в том числе устанавливаемых в Калужской области для которой установлен коэффициент относительной затратноемкости отличный от коэффициента относительной затратноемкости по клинико-статистической группе с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп.

1.3.25. Базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных

гарантий, а также с учетом других параметров (средняя стоимость законченного случая лечения).

1.3.26. Коэффициенты:

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

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

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

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

- **Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи обусловленный объективными причинами.

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

II. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

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

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

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

2.2. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливаются настоящим Соглашением в размерах согласно **Приложениям №№ 2 - 8, 13, 15, 16** и рассчитываются в соответствии с Порядком расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (**Приложение № 1**).

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

Распределение медицинских организаций по уровням и подуровням системы организации медицинской помощи представлено в **Приложении № 17**.

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

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

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

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

2.6. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе

ОМС Калужской области способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

- врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
- медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
- врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.
- врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации.

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

а) финансовое обеспечение проведения осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей, медицинского обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования и финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств ОМС;

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

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

2.8. В тариф на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа застрахованным лицам, проводимой в рамках первичной специализированной и специализированной

медицинской помощи, не включен проезд пациентов до места оказания этих медицинских услуг.

2.9. Расходы, включенные в тариф на оплату медицинской помощи, осуществляются в пределах объема финансовых средств, с учетом выполнения плановых объемов, определенных Комиссией.

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

Применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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

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

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

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

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

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

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

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

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

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

Перечень медицинских организаций с указанием условий оказания медицинской помощи представлен в **Приложении № 18**.

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

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

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

на оплату посещений участковых врачей, врачей общей практики, посещений среднего медицинского персонала, здравпунктах и ФАПов, с учетом финансового обеспечения оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей), с учетом финансового обеспечения дополнительных выплат медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, а также на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной врачами и медицинскими работниками со средним медицинским образованием в медицинских кабинетах и здравпунктах образовательных учреждений;

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

3.1.2. В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются:

- расходы на стоматологическую медицинскую помощь;
- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации граждан в соответствии с приказами Минздрава России от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», от 26.10.2017 № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», Постановлением Правительства РФ от 26.02.2015 №170 «Об утверждении Правил проведения медицинского обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»;

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров взрослого населения и медицинских осмотров несовершеннолетних согласно приказам Минздрава России от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра», «О

проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (Приказ Минздрав России от 10.08.2017 № 514н).

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;
- медицинские услуги по Перечню медицинских услуг, в рамках Территориальной программы ОМС на 2019 год, оплата которых осуществляется по тарифам за услугу **(Приложения № №3, 3.1);**

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в центрах здоровья и пр.

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

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

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

3.1.4. Подушевой норматив рассчитывается на основании Методики формирования дифференцированных подушевых нормативов для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, утверждаемой в составе настоящего Соглашения **(Приложение № 19).**

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

3.1.6. Оплата медицинской помощи МО, имеющим прикрепленное население, осуществляется по утвержденному подушевому нормативу СМО в соответствии с заключенными с МО договорами согласно п. 3.2. Методических рекомендаций в следующем порядке:

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

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

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

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

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

В межучрежденческих расчетах участвуют медицинские организации, финансируемые по подушевому нормативу и централизованная бактериологическая лаборатория ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница скорой медицинской помощи» им. К.Н.Шевченко.

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

*Под «Резервом» в данном документе понимается размер средств на осуществление стимулирующих выплат МО, имеющим прикрепленное население, т.е. средства, предназначенные для перечисления медицинской организации по результатам деятельности медицинской организации, имеющей прикрепленное население, на основании представленного счета.

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

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

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

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

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

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

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

3.1.7. Средства Резерва, указанного в пункте 3.1.6, распределяются по решению Комиссии в соответствии с Порядком расходования средств Резерва (**Приложение № 20**).

3.1.8. СМО самостоятельно ведут аналитический учет средств Резерва.

После завершения расчетов с МО за оказанную медицинскую помощь за отчетный месяц, при наличии остатка средств на оплату медицинской помощи, средства Резерва подлежат возврату в Фонд в составе остатка целевых средств в течение 3-х рабочих дней.

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

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

МО после получения от СМО информации о размере выплаты (стимулирующей части подушевого норматива по итогам работы) направляет до 10 числа в адрес СМО счет для получения выплаты за счет средств Резерва. В счете в графе «описание услуг»

указывается: «оплата по результатам оказания амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению за ____ 20__ г.».

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

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

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

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

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

- оказания первичной доврачебной, первичной врачебной медико-санитарной помощи;
- самостоятельного обращения гражданина для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в медицинскую организацию, в том числе организацию, выбранную им в соответствии с ч. 2 ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с учетом порядков оказания медицинской помощи;
- флюорографического обследования;
- оказания медицинской помощи в отделениях (станциях) СМП;
- посещений врачей-специалистов ГБУЗ КО «Калужский областной клинический кожно-венерологический диспансер»;
- осуществления консультативного приема пациентов, нуждающихся в дополнительной консультации по обоснованному заключению специалистов консультативной поликлиники, в которую обратился пациент, либо иной консультативной поликлиники для установления (уточнения) диагноза и коррекции лечения, включая при обоснованной (документальном подтверждении) необходимости проведения обследования на компьютерном томографе или магнитно-резонансном томографе без контраста;
- консультативного посещения челюстно-лицевого хирурга ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая детская больница», ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница» по направлениям врачей-стоматологов ГАУЗ КО «Калужская областная детская стоматологическая поликлиника», ГАУЗ КО «Калужская областная стоматологическая поликлиника».
- посещения врача-кардиолога или врача-невролога ГБУЗ КО «Городская клиническая больница №2 «Сосновая Роща» лицом, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения или острый коронарный синдром и прошедшим лечение в ГБУЗ КО «Городская клиническая больница №2 «Сосновая Роща».

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

3.1.13. В тариф консультативного посещения включена стоимость всех дополнительных методов обследований, необходимых для постановки и (или) уточнения диагноза, за исключением: обследования на компьютерном томографе с контрастированием, магнитно-резонансном томографе с контрастированием, колоноскопии с биопсией, колоноскопии с биопсией под внутривенным наркозом.

Не подлежат оплате консультативные посещения в день осуществления плановой госпитализации и в день выписки пациента.

Исключения составляют консультативные посещения в ГБУЗ КО «Калужский областной клинический онкологический диспансер» и Медицинский радиологический научный центр имени А.Ф.Цыба - филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации, выполненные в день госпитализации пациента, в случае если плановая госпитализация не была запланирована ранее.

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

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

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

При учете объемов оказанной стоматологической помощи в обращении по поводу заболевания число посещений в обращении 2,4 и число УЕТ в одном посещении 3,9, с профилактической целью - 3,9, посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме число УЕТ в одном посещении - 3,9.

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

территориальной программы ОМС для МО, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

3.1.16. Оплата мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения согласно приказу Минздрава России от 26.10.2017 № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» осуществляется по тарифам на комплексные услуги (**Приложение № 7**) в рамках законченного случая «Диспансеризация взрослого населения (мужчины)», «Диспансеризация взрослого населения (женщины)» с учетом возрастных групп и этапов проведения диспансеризации.

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

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

Оплата мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров взрослого населения согласно приказу Минздрава России от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра» осуществляется по тарифам за комплексные услуги (**Приложение № 7**) «Законченный случай профилактического осмотра мужчин», «Законченный случай профилактического осмотра женщин» с учетом пола и возраста.

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

В случае если у медицинской организации, проводящей диспансеризацию или профилактические медицинские осмотры в соответствии с вышеуказанными приказами, отсутствует лицензия на медицинскую деятельность в части выполнения иных работ (услуг), необходимых для проведения диспансеризации или профилактических медицинских осмотров в полном объеме, указанная медицинская организация заключает договор для проведения диспансеризации с иными медицинскими организациями,

имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности в части выполнения требуемых работ (услуг).

3.1.17. Мероприятий по проведению обучения в «школах здоровья» включаются в реестр счетов по тарифу «Профилактический осмотр» по профилю врача - специалиста, проводившего обучение в «школе здоровья», с соответствующей записью в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях или в истории развития ребенка и оформлением талона пациента, получающего помощь в амбулаторных, и подлежат оплате из средств МО, имеющей прикрепленное население.

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

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

Разовые посещения по поводу заболевания включаются в реестр счетов по единому тарифу для всех специалистов «разовое посещение по заболеванию».

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

3.1.19. Оплата неотложной первичной (доврачебной, врачебной) медицинской помощи, оказанной в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», осуществляется по тарифам согласно **Приложению № 6**.

3.1.20. Спорные вопросы, возникающие при проведении межучрежденческих взаиморасчетов за медицинскую помощь, оказанную прикрепленному гражданину в другой медицинской организации, к которой он не прикреплен (в МО, оказывающей медицинскую помощь лицам, прикрепленным к другим МО) рассматриваются заинтересованными сторонами: страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями.

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

3.1.22. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Калужской области, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 3853,04 рублей.

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

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

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

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

БС_{дс} – размер средней стоимости законченного случая лечения в дневном стационаре (базовая ставка – 11 940,45 руб.);

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

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

КУ – Коэффициент управленческий КСГ;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациентов.

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

3.2.4. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Калужской области, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 1124,86 рублей.

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

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

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

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

- в случае, если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости КСГ согласно **таблицам 3, 4 Приложения №24:**

- при длительности лечения 3 дня и менее –80 % от стоимости КСГ или КППГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100 % от стоимости КСГ или КППГ, если случай является законченным.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее –50% от стоимости КСГ или КППГ, за исключением КСГ: ds02.005, ds02.006, №№ ds05.004, ds05.006, ds19.018 – ds19.027, ds36.001, ds36.004.;
- при длительности лечения более 3-х дней – от 100% от стоимости КСГ или КППГ, если случай является законченным.

Особенности оплаты по КСГ ds19.018 – ds19.027

Оплата случаев лечения по данным КСГ в размере 100% тарифа при длительности лечения меньше или равной 3 дням зависит от примененной схемы лечения, включенной в КСГ, и осуществляется в соответствии с **таблицами 1, 2 Приложения № 24.**

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

В случае если при оказании медицинской помощи в рамках случая лечения, включенного в КСГ st19.041 (лучевая терапия, уровень 3), пациенту оказывалась услуга «А07.30.011 – Радиойодтерапия» и длительность пребывания больного на койке меньше или равна 3 дням, оплата осуществляется в размере 100% от стоимости законченного случая лечения, включенного в соответствующую КСГ.

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

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

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

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;
- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не

предусматривающее выписку пациента из стационара;

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

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

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

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

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

3.3.3. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»

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

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

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

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

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

3.3.4. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

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

Базовые тарифы на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») и перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ») рассчитаны в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (раздел XI Правил ОМС) и включают в себя расходы, определенные частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ.

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

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

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

А18.05.002.004 Гемодиализ с селективной плазмофильтрацией и адсорбцией;

А18.05.003.001 Гемофильтрация крови продленная;

А18.05.006.001 Селективная гемосорбция липополисахаридов;

А18.05.001.001 Плазмообмен;

А18.05.001.003 Плазмодиафильтрация;

А18.05.001.005 Плазмофильтрация селективная;

А18.05.001.004 Плазмофильтрация каскадная;

А18.05.020.001 Плазмосорбция сочетанная с гемофильтрацией;

А18.05.021.001 Альбуминовый диализ с регенерацией альбумина.

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

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

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

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

Таблица 1

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

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

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения, утвержденный Программой госгарантий, соответствует стоимости полного цикла экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов, и представляет собой усредненную стоимость случая экстракорпорального оплодотворения с учетом проведения у части пациентов неполных циклов и проведения в отдельных случаях полного цикла с криоконсервацией эмбрионов.

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день, в

связи с чем указанные случаи могут быть оказаны как в условиях дневного стационара, так и в амбулаторных условиях.

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

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

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

$SS_{кскгк} = BS_{кс} \times KZ_{кскг/кпг} \times KUC_{мо} \times КУ \times KСЛП$, где

«BS_{кс} – размер средней стоимости законченного случая лечения в круглосуточном стационаре (базовая ставка – 21 204,30 руб.);

KZ_{кскг/кпг} – Коэффициент относительной затратно-емкости по КСГ или КПГ (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне) (**Приложение № 12**);

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

КУ – Коэффициент управленческий по КСГ;

KСЛП – коэффициент сложности лечения пациентов;

Медицинская помощь, предусматривающая одинаковое применение методов диагностики и лечения в МО различных уровней оказания медицинской помощи, оплачивается с применением Коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в круглосуточном стационаре для КСГ согласно **Приложению № 9**.

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

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

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

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

Значение КСЛП, перечень сочетанных (симультантных) операций и дополнительных критериев применения КСЛП представлены **Приложением № 33**.

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

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

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

3.4.7. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной), в случае если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ.

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

При этом оплата по двум КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее двух дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

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

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

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

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

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

3.4.8. Не допускается включение в реестр счетов и представление к оплате (не подлежат оплате) медицинских услуг, оказанных больному во время его нахождения в круглосуточном стационаре за исключением услуг диализа:

- гемодиализа; гемодиализа интермиттирующего низкопоточного, гемодиализа интермиттирующего высокопоточного;
- перитонеального диализа;
- гемодиафильтрации;
- гемодиафильтрации продленной;
- гемодиафильтрации продолжительной.

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

3.4.10. Управленческий коэффициент применяется:

- 1) при осуществлении лечения по КСГ st21.006 (№193) Операции на органе зрения (уровень 6) - 0,996;
- 2) при осуществлении лечения по КСГ st30.015 (№269) Операции на почке и мочевыделительной системе взрослые (уровень 6) - 0,934;
- 3) при осуществлении лечения по КСГ st17.002 (№114) Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость - 0,932;
- 4) при осуществлении лечения по КСГ st37.004 (№344) Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по ШРМ) - 1,019;
- 5) при осуществлении лечения по КСГ st29.008 (№249) Эндопротезирование суставов - 1,020.

3.4.11. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Калужской области, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 5 208,63 рублей.

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

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

Нормативы финансовых затрат на единицу объема (тариф на оплату ВМП) предоставления высокотехнологичной медицинской помощи установлены в соответствии с приложением к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной Постановлением Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 (раздел I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи) (далее - Перечень) и представлены в **Приложении № 14** к настоящему Соглашению.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента,

вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках Перечня. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и/или других применяемых медицинских технологий.

Перечень видов ВМП и их наполнение в соответствии с кодами МКБ-10 представлены в **Приложении № 14**.

Оплата ВМП осуществляется по нормативам финансовых затрат в полном объеме при условии выполнения всех требований указанного выше Постановления Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 и Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2014 № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы».

При оказании высокотехнологичной медицинской помощи офтальмологического профиля по виду ВМП №25 (Хирургическое и (или) лазерное лечение ретролентальной фиброплазии у детей (ретинопатии недоношенных-Н35.2), в том числе с применением комплексного офтальмологического обследования под общей анестезией), тариф включает в себя оказание высокотехнологичной медицинской помощи на обоих глазах.

3.6. Способы и порядок оплаты скорой медицинской помощи

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

Подушевой норматив на СМП включает в себя плановые финансовые средства:

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

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

В состав подушевых нормативов СМП не входят:

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

- вызовы выездной экстренной консультативной бригады скорой медицинской помощи.

- вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии - реанимации.

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

Размер ежемесячного финансового обеспечения (Рф) для каждой МО, оказывающей СМП и имеющей обслуживаемое население, определяется исходя из численности

обслуживаемого по территориальному признаку МО населения СМП и подушевого норматива СМП (**Приложение № 15**).

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

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

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

- на проведение межучрежденческих взаиморасчетов (Мв) за скорую медицинскую помощь, оказанную МО (СМП - исполнителем) обслуживаемому гражданину, зарегистрированному вне закрепленной за данной МО, оказывающей скорую медицинскую помощь, территориальной зоны обслуживания;

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

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

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

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

Кроме того, СМО оплачивает МО (СМП, имеющей обслуживаемое население) скорую медицинскую помощь, оказанную гражданам, не состоящим у нее на медицинском обслуживании по территориальному признаку (в этих случаях СМП, имеющая обслуживаемое население, является СМП – исполнителем), путем оплаты предъявленного данной медицинской организацией счета и реестра счета за оказанную медицинскую помощь (СМП) (**Приложение № 16**).

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

В реестры счетов на оплату скорой медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам (**Приложение № 16**).

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

3.6.4. Оплата скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой отделением экстренной консультативной скорой медицинской помощи, осуществляется по утвержденному в установленном порядке тарифу - вызов экстренной консультативной бригады скорой медицинской помощи (**Приложение № 16**).

3.6.5. Из средств обязательного медицинского страхования не оплачиваются:

- безрезультатные вызовы (смерть до приезда СМП, больной не найден на месте, адрес не найден, ложный вызов, больной увезен до прибытия СМП, больной обслужен врачом поликлиники до прибытия СМП, вызов отменен).

- привлечение бригад скорой медицинской помощи к дежурствам на культурно-массовых мероприятиях.

3.6.6. Средний размер финансового обеспечения скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Калужской области, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 691,22 рублей.

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

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

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

3.7.3. Оплата первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, являющейся частью специализированной медицинской помощи, включенной в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, скорой медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, в медицинских организациях, работающих в сфере ОМС Калужской области, осуществляется:

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

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

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

г) при оплате скорой медицинской помощи по тарифам на вызов СМП (**Приложение № 16**),

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- обследований при поездке в летний лагерь (МКБ-10 Z02.8)

- осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей, в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования (код медицинского осмотра по МКБ-10 Z02.8 в части «обследований при усыновлении»);

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

е) медицинская помощь, оказываемая при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ;

3.7.5. Медицинские услуги:

- диспансеризация определенных групп взрослого населения;

- диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

- диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

- профилактические медицинские осмотры взрослого населения;

- медицинское обследование детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

- услуги, оказанные в профилактических целях (в т.ч. вакцинация, посещения центров здоровья)

предоставляются гражданам, застрахованным за пределами Калужской области, только при наличии заявления о выборе медицинской организации, в соответствии с

приказом Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 г. № 1342н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта РФ, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи».

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

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

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

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

3.9. Особенности оплаты медицинской помощи в сфере ОМС

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

3.9.2. При невозможности МО оказать застрахованному гражданину необходимые для диагностики, лечения, а также для получения консультации в областных консультативных поликлиниках медицинские услуги (медицинские вмешательства) в соответствии с Программой ОМС, медицинская организация направляет в другую медицинскую организацию пациента для получения им соответствующей услуги (соответствующего обследования) и/или биологические и иные материалы для исследований. Оплата услуг (вмешательств) и/или исследований осуществляется за счет средств МО, имеющей прикрепленное население, или по договорам, заключенным между медицинскими организациями, в соответствии с классификатором услуг по тарифам ОМС (**Приложение № 8**).

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

- услуги (обследования) и/или исследования проводятся для МО, которая не является МО, имеющей прикрепленное население, в рамках оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях помощи;
- услуги (обследования) и/или исследования проводятся для МО в рамках медицинской помощи в условиях дневных стационаров;

– услуги (обследования) и/или исследования производится для МО в рамках медицинской помощи в условиях круглосуточных стационаров.

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

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

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

3.9.6. Оказание медицинской помощи новорожденным детям со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения, включается в реестры счетов на оплату по полису матери, при отсутствии у матери полиса ОМС - по полису иных законных представителей новорожденного

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

3.9.8. Годовые согласованные объемы медицинской помощи формируются:

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

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

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

для скорой медицинской помощи – в вызовах.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.9.15. Индексация тарифов на оплату медицинской помощи в сфере ОМС производится на основании решения Комиссии в рамках утвержденного бюджета Фонда на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов.

3.10. Взаимодействие между участниками и субъектами ОМС

3.10.1. Взаимодействие между участниками и субъектами ОМС осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, регламентирующими ОМС, нормативными документами ФФОМС, заключенными между участниками ОМС договорами о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, Порядком информационного взаимодействия между участниками ОМС.

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

3.10.3. В случае отсутствия у гражданина возможности по каким-либо причинам подтвердить факт своего страхования по ОМС, медицинская организация совместно с СМО в течение первого дня обращения гражданина принимает меры для установления факта страхования путем проверки сведений по региональному сегменту Единого регистра застрахованных лиц.

В случае отсутствия возможности идентифицировать гражданина в период лечения, медицинской организацией представляется ходатайство об идентификации застрахованного лица, содержащее:

- предполагаемые сведения о застрахованном лице (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, место пребывания);
- сведения о ходатайствующей организации (наименование, контактная информация, фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, печать);

- наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования.

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

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

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

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

Объем финансирования СМО определяется Фондом в соответствии с Правилами ОМС.

Для расчета коэффициентов дифференциации для каждой половозрастной группы принимаются данные о затратах на оплату медицинской помощи застрахованным лицам Калужской области за 2018 год.

3.10.7. При обоснованном недостатке у СМО финансовых средств для оплаты медицинской помощи застрахованным лицам по ОМС, СМО обращается в Фонд за дополнительным финансированием в соответствии с Порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 227 «О Порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования».

3.10.8. Для подтверждения потребности в дополнительных средствах на оплату медицинской помощи страховая медицинская организация представляет в Фонд следующие документы:

- заявку на выделение недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса Территориального фонда обязательного медицинского страхования Калужской области (**Приложение № 28**);

- отчет об использовании целевых средств ОМС (**Приложение № 29**);

- справку о финансировании медицинских организаций из средств ОМС (**Приложение № 30**);

- заверенную руководителем СМО копию банковской выписки с расчетного счета на день подачи заявки.

В течение трех рабочих дней после завершения расчетов с медицинскими организациями, страховая медицинская организация представляет в Фонд отчет об использовании средств, выделенных из нормированного страхового запаса Территориального фонда обязательного медицинского страхования Калужской области (**Приложение № 31**).

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

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

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

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

3.10.11. Медицинская организация несет ответственность перед СМО и Фондом за достоверность предъявленных к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь и сведений представленных в реестрах счетов пролеченных больных, в соответствии с Правилами ОМС, Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230.

3.10.12. На основании представленных МО реестров счетов страховые медицинские организации осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

3.10.13. СМО не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным, представляет в Фонд сведения об остатках средств, образовавшихся после завершения расчетов с медицинскими организациями согласно **Приложению № 32** .

IV. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

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

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

Результаты проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи оформляются актами, содержащими сведения о дефектах медицинской помощи и/или нарушениях при оказании медицинской помощи в соответствии с Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля

объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

4.2. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно ст. 41 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, Правилам ОМС удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию или в Фонд в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля.

Перечень оснований, размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, указаны в **Приложении № 26**.

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

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

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

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

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

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

- направление средств ОМС на возмещение расходов по видам медицинской помощи, не включенным в территориальную программу ОМС, а также по медицинской помощи, финансирование которой предусмотрено из других источников;
- направление средств ОМС на возмещение расходов по медицинским услугам, не предусмотренным лицензией медицинской организации;
- направление средств ОМС на возмещение расходов, подлежащих оплате из средств бюджетов соответствующих уровней;
- направление средств ОМС на возмещение расходов (оплату услуг), не включенных в структуру тарифов на медицинские услуги в сфере ОМС;
- направление средств ОМС на цели, не предусмотренные условиями договора между СМО (Фондом) и медицинской организацией;
- оплата собственных обязательств медицинских организаций, не связанных с деятельностью по обязательному медицинскому страхованию;

- расходование средств обязательного медицинского страхования на иные цели, не соответствующие условиям их предоставления (на цели, не связанные с оказанием медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС).

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

V. Заключительные положения

5.1. Порядок разрешения споров

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

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

5.1.3. Вопросы, связанные с рассмотрением тарифов и формированием тарифного соглашения, рассматриваются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

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

5.2. Срок действия Соглашения и порядок его изменения

5.2.1. Настоящее Соглашение вступает в силу с даты его подписания, распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2019 года, и действует до принятия нового.

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

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

5.2.4. Неотъемлемой частью настоящего Соглашения являются: Приложения №1-№33.

Министр здравоохранения Калужской области

248016, г. Калуга, ул. Пролетарская, д. 111
Тел. (484-2) 71-90-02, факс 71-90-77

/ К.Н. Баранов
«5» января 2019 г.



Директор Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Калужской области

248010, г. Калуга, ул. Чичерина, д. 7
Тел. (484-2) 72-45-40, факс 72-45-38

/ Э.Ю. Кузькин
«6» января 2019 г.



Директор
Калужского филиала ООО ВТБ МС

248000, г. Калуга, ул. Георгиевская, д. 3
Тел. (484-2) 21-02-70

/ Е.А. Амелина

«16» января 2019 г.



Президент Калужской областной
общественной организации «Врачи Калужской
области»

248000, г. Калуга, ул. Ст.Разина, д. 1
Тел./факс (484-2) 57-56-69

/ Е.Н. Алешина

«16» января 2019 г.



Председатель Калужской областной
организации Профсоюза работников
здравоохранения РФ

248000, г. Калуга, ул. Ленина, д. 81
Тел./факс (484-2) 57-90-57

/ Е.И. Галкина

«16» января 2019 г.

