Приложение № 4

к решению Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Пермского края

от 29.12.2015, протокол № 11

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ НА 2016 ГОД**

**И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2017 И 2018 ГОДОВ**

*(в редакции изменений от 28.01.2016, 25.02.2016, 01.04.2016,30.05.2016, 29.07.2016)*

г. Пермь «29» декабря 2015 г.

Министерство здравоохранения Пермского края, в лице его представителя – и.о. министра здравоохранения Пермского края Штэфана П.В., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пермского края, в лице его представителя – директора Бахлыкова А.Ю., страховые медицинские организации, в лице их представителя – директора филиала ОАО «РГС-Медицина» - «Росгосстрах-Пермь-Медицина» Мунгаловой М.В., Профессиональный союз медицинских работников, в лице его представителя – председателя Пермской краевой организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Шабалина Г.А., Медицинская профессиональная некоммерческая организация, в лице председателя общественной организации «Профессиональное медицинское сообщество Пермского края» Каракуловой Ю.В., именуемые в дальнейшем – Стороны, в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон) заключили настоящее Тарифное соглашение на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

**Раздел I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

 1. Настоящее Тарифное соглашение разработано в соответствии с Федеральным законом, постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» (далее – Программа), Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н (далее – Правила ОМС), Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01 декабря 2010 г. № 230 (далее – Порядок проведения контроля), Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 ноября 2014 года № 200, Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, одобренными решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 18 декабря 2015 г. № 1), постановлением Правительства Пермского края от 24 декабря 2015 г. № 1139-п «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов» (далее – ПГГ).

**2. Предмет Тарифного соглашения.**

2.1. Предметом настоящего Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Тарифы) на территории Пермского края, коэффициентов дифференциации Тарифов, их состава и структуры, способов оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размеров финансовых санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Пермского края.

2.2. Тарифы рассматриваются Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Пермского края (далее – Комиссия), устанавливаются настоящим Тарифным соглашением и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

**3. Основные термины и определения.**

3.1. Понятия «медицинская помощь», «медицинская услуга», «пациент» применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.2. Понятия «медицинская организация», «застрахованное лицо», «страховой случай» применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Федеральным законом.

3.3. Плановый объем медицинской помощи – годовой объем предоставляемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – ТП ОМС) медицинской помощи по условиям ее оказания, распределенный решением Комиссии с разбивкой по кварталам конкретной медицинской организации (далее – МО).

3.4. Тариф – сумма возмещения расходов МО в рамках ТП ОМС на единицу объема медицинской помощи*.*

3.5. Частичное фондодержание – способ финансирования МО-Фондодержателя, при котором подушевой норматив включает финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность МО-Фондодержателя и средства, за счет которых производятся расчеты за внешние медицинские услуги, оказанные прикрепленным к МО-Фондодержателю лицам в МО-Исполнителях по Тарифам, утвержденным Тарифным соглашением.

3.6. Подушевой норматив финансирования – объем средств в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к МО-Фондодержателю, на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях.

3.7. Внешние медицинские услуги – консультативные, лечебно-диагностические медицинские услуги, входящие в подушевой норматив финансирования, оказываемые застрахованным лицам в МО-Исполнителях по направлению МО-Фондодержателя.

При этом оплата внешних консультативных, лечебно-диагностических медицинских услуг, оказанных МО - Исполнителем застрахованным лицам, прикрепившимся к МО – Фондодержателю, по направлению МО-Фондодержателя или, при необходимости, по направлению врача-специалиста МО-Исполнителя, при наличии у последнего направления МО-Фондодержателя в отношении данного пациента, а также в случае оказания МО - Исполнителем экстренной и неотложной помощи, производится СМО за фактически оказанные внешние медицинские услуги в соответствии с настоящим Тарифным соглашением, за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования соответствующих МО-Фондодержателей.

Направление пациента на дополнительные консультации и (или) обследования производится МО-Исполнителем по показаниям и при отсутствии информации о выполнении необходимых исследований и (или) консультаций.

3.8. Направление – документ, выданный лечащим врачом на плановую госпитализацию или с целью получения пациентом консультаций и диагностических исследований, в том числе внешних медицинских услуг в МО-Исполнителях. Номер направления формируется в соответствии с требованиями Регламента информационного взаимодействия участников ОМС на территории Пермского края *(п. 3.8 в редакции изменений от 28.01.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2016).*

3.9. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (за исключением санитарно-авиационной эвакуации) –объем средств на осуществление деятельности МО в расчете на одно застрахованное лицо территории обслуживания станции (отделения) скорой медицинской помощи.

3.10. Посещение пациентом врача (среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием), в поликлинике (амбулатории), диспансере, женской консультации или на дому – контакт пациента с врачом (кроме врачей параклинических специальностей), средним медицинским персоналом на самостоятельном приеме по поводу страхового случая, включающее комплекс необходимых профилактических, диагностических и лечебных услуг с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного (записи динамического наблюдения, постановка диагноза, назначение лечения и другие записи на основании наблюдения за пациентом). В посещение включаются врачебный осмотр, врачебные, сестринские манипуляции, услуги процедурного, перевязочного кабинетов, услуги параклинических отделений за исключением медицинских услуг, на которые настоящим Тарифным соглашением, установлены отдельные тарифы.

3.10.1. Профилактическое посещение – посещение, не связанное с заболеванием или с обострением хронического заболевания, оказанное с профилактической целью:

3.10.1.1. посещение по поводу медицинских осмотров, подлежащих оплате в рамках ТП ОМС;

3.10.1.2. посещение беременных при нормальном течении беременности; посещение женщин, обратившихся за направлением на медицинский аборт; посещение женщин по поводу медицинских абортов, проводимых в амбулаторных условиях, применения противозачаточных средств; после медицинских абортов, проведенных в стационаре и т.д.

Обращение по поводу наблюдения беременности может считаться завершенным по каждому триместру беременности (триместр – период из трех месяцев, составляющий одну треть беременности);

*(п. 3.10.1.2 в редакции изменений от 01.04.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.03.2016).*

3.10.1.3. патронажное посещение здоровых детей первого года жизни, повторные осмотры врачей-инфекционистов во время вспышки инфекционных заболеваний;

3.10.1.4. посещение в Центрах здоровья;

3.10.1.5. посещение диспансерным контингентом в период ремиссии;

3.10.1.6. посещение по поводу оформления санаторно-курортной карты;

3.10.1.7. посещение по поводу выписки лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, а также специализированных продуктов питания для лиц льготных групп.

*(п. 3.10.1.5, 3.10.1.6,3.10.1.7 в редакции изменений от 01.04.2016 – исключены с 01.03.2016).*

3.10.2. Первичный прием – первое посещение в рамках случая оказания медицинской помощи по поводу заболевания.

Первичным посещением на стоматологическом приеме является посещение в течение одного календарного года в одной медицинской организации (1 раз в год) *(п. 3.10.2 дополнен в редакции изменений от 01.04.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.03.2016).*

3.10.3. Повторный прием – второе и каждое последующее посещение в рамках случая оказания медицинской помощи по заболеванию. Повторным приемом считается также привлечение консультантов в рамках случая оказания медицинской помощи.

Повторным посещением на стоматологическом приеме является каждое последующее посещение в течение одного календарного года в одной медицинской организации *(п. 3.10.3 дополнен в редакции изменений от 01.04.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.03.2016).*

3.10.4. Доврачебное посещение – посещение, оказанное средним медицинским персоналом в случаях ведения самостоятельного приема во врачебных амбулаторно-поликлинических учреждениях, на врачебных и фельдшерских здравпунктах, фельдшерско-акушертских пунктах, школьных, дошкольных учреждениях.

3.10.5. Посещение, выполненное при оказании неотложной помощи – посещение в кабинете, отделении неотложной помощи или вне медицинской организации по поводу внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента.

3.11. Посещение в приемном отделении стационара – случай оказания медицинской помощи пациенту в неотложной форме, в т.ч. с использованием параклинических методов исследования, не завершившийся госпитализацией в данной МО.

3.12. Условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи (далее – УЕТ) – норматив времени, затраченный на оказание стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса (1 класс по Блеку) при наложении одной пломбы.

3.13. Случай лечения заболевания в амбулаторных условиях – обращение по поводу заболевания с кратностью не менее 2-х посещений по поводу одного заболевания, разовые посещения по поводу заболевания, связанные с диагностическим обследованием:

3.13.1. посещение диспансерным контингентом в период ремиссии;

3.13.2. посещение по поводу оформления санаторно-курортной карты;

3.13.3. посещение по поводу выписки лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, а также специализированных продуктов питания для лиц льготных групп.

Актуализация диагноза в процессе наблюдения по одному случаю не приводит к формированию нового случая *(п. 3.13 в редакции изменений от 01.04.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.03.2016).*

3.14. Законченный случай при проведении диспансеризации определенных групп населения и профилактических осмотров, предварительных осмотров, периодических осмотров (далее – медицинских осмотров) – объем функциональных, лабораторных исследований и врачебных осмотров в объеме, предусмотренном порядком их проведения, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.15.Законченный случай лечения заболевания при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях – предоставление медицинской помощи по заболеванию с оказанием услуг, с первичного обращения до достижения клинического результата в одно или несколько посещений.

3.16. Незаконченный случай лечения заболевания при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях – предоставление медицинской помощи по заболеванию с недостигнутым клиническим результатом лечения.

3.17. Вызов скорой медицинской помощи – случай обращения в МО (отделение) скорой медицинской помощи (далее также – МО СМП) по поводу заболевания, несчастного случая, травмы, отравления или другого состояния, представляющего угрозу жизни пациента, требующего срочного медицинского вмешательства вне медицинской организации, в результате которого пациенту была оказана скорая медицинская помощь выездной бригадой в соответствии с Перечнем поводов к направлению выездной бригады скорой медицинской помощи, установленных Положением об организации скорой медицинской помощи и неотложной медицинской помощи населению Пермского края, утвержденным Министерством здравоохранения Пермского края.

3.18. 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.

3.19. Законченный случай лечения в стационаре – совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартом или порядками оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия из МО и без клинического результата (смерти пациента).

3.20. Прерванный случай госпитализации – случай госпитализации, прерванный по инициативе МО или пациента при недостигнутом клиническом результате.

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

3.22. Клинико-профильная группа (далее – КПГ)– группа клинико-статистических групп, объединенных одним профилем медицинской помощи.

3.23. Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний – группа заболеваний, выделенная в составе КСГ заболеваний с учетом дополнительных классификационных критериев, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по КСГ.

3.24. Базовая ставкафинансового обеспечениястационарной помощи – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одну госпитализацию, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ПГГ.

3.25. Коэффициент относительной затратоемкости – коэффициент затратоемкости КСГ заболеваний или КПГ заболеваний, отражающий отношение ее затратоемкости к базовой ставке.

3.26. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи устанавливается в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи дифференцированно для МО и (или) структурных подразделений МО.

К первому уровню оказания медицинской помощи относятся МО, оказывающие населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в пределах муниципального района, а также внутригородского района.

Ко второму уровню оказания медицинской помощи относятся МО, оказывающие населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в пределах нескольких муниципальных районов и в городских округах, в том числе городских округах с внутригородским делением.

К третьему уровню оказания медицинской помощи относятся МО, оказывающие населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную, включая высокотехнологичную, медицинскую помощь в пределах субъекта Российской Федерации, а также в пределах нескольких субъектов Российской Федерации.

В пределах третьего уровня оказания медицинской помощи выделен подуровень, включающий федеральные МО, оказывающие медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов Российской Федерации *(п. 3.26 в редакции изменений от 28.01.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2016).*

3.27. Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи – коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами.

3.28. Коэффициент сложности лечения пациента *(в редакции изменений от 30.05.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.05.2016)* – коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

3.29. Управленческий коэффициент – коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и/или учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ.

3.30. Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц на территории Пермского края (далее – РС ЕРЗ) – форма персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах на территории Пермского края, который ведется Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Пермского края (далее – Фонд) и является неотъемлемой частью центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

3.31. Медицинские организации – Фондодержатели (далее – МО – Фондодержатели) – медицинские организации (поликлиники, поликлинические отделения в составе больничных учреждений любой формы собственности, за исключением стоматологических поликлиник), оказывающие в установленном порядке медицинскую помощь в рамках ТП ОМС, к которым прикрепились застрахованные лица для получения первичной медико-санитарной помощи по участковому принципу в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

3.32. Медицинские организации – Исполнители (далее – МО – Исполнители) – медицинские организации, оказывающие медицинские услуги застрахованным лицам, не прикрепившимся к данным МО (внешние медицинские услуги). МО-Фондодержатель может являться одновременно МО-Исполнителем в случае оказания внешних медицинских услуг не прикрепленным застрахованным лицам.

3.33. Финансовый результат фондодержания – сумма, рассчитанная в соответствии с Методикой определения дифференцированных подушевых нормативов и их применения для расчета финансирования медицинских организаций (Приложение № 1 к настоящему Тарифному соглашению) и отражающая результат деятельности МО-Фондодержателя по оказанию медицинской помощи застрахованным лицам, прикрепившимся к МО-Фондодержателям.

**Раздел II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**4. Перечень медицинских организаций**, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальной программе обязательного медицинского страхования Пермского края в 2016 году по условиям предоставления медицинской помощи и способам оплаты медицинской помощи, применяемых в медицинских организациях, установлен Приложением № 3 к настоящему Тарифному соглашению.

**5. Принципы оплаты медицинской помощи**

5.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках ТП ОМС на территории Пермского края, осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами, регулирующими порядок оказания, учета и оплаты медицинской помощи из средств ОМС, настоящим Тарифным соглашением, а также в соответствии с условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенных по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – Договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС).

 5.2. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам на территории Пермского края, производится по Тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением, в пределах плановых объемов по условиям оказания медицинской помощи в расчете на квартал.

При этом ограничение по объемам не применяется к объемам медицинской помощи, оплата которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи, включенных в расчет подушевого норматива для МО-Фондодержателей, скорой медицинской помощи, а также к объемам медицинской помощи в рамках проведения медицинских осмотров, порядок проведения которых определен Министерством здравоохранения Российской Федерации.

5.3. Оплата медицинской помощи осуществляется по тарифам, действующим на дату окончания лечения.

5.4. Для обеспечения государственных гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи в объеме ТП ОМС, МО самостоятельно регулирует выполнение плановых объемов медицинской помощи, в том числе путем установления очередности оказания плановой медицинской помощи с соблюдением условий предоставления бесплатной медицинской помощи, установленных ТП ОМС.

5.5. Оплата медицинской помощи производится на основании предъявленных МО счетов на оплату медицинской помощи и реестров счетов, сформированных в соответствии с установленными требованиями.

5.5.1. Страховые медицинские организации (далее – СМО) в соответствии с условиями Договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и условиями договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенного по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.09.2011 № 1030н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования» (далее – Договор о финансовом обеспечении ОМС);

5.5.2. Фондом на основании счетов на оплату медицинской помощи и реестров счетов, предъявляемых МО в Фонд:

5.5.2.1. в случае прекращения (расторжения) в установленном порядке Договора о финансовом обеспечении ОМС, при этом в соответствии с Федеральным законом Фонд оплачивает медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным СМО, с которой прекращен (расторгнут) Договор о финансовом обеспечении ОМС, на основании условий Договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, до момента выбора застрахованными лицами другой СМО, осуществляющей деятельность в сфере ОМС на территории Пермского края, но не более двух месяцев;

5.5.2.2. в рамках межтерриториальных расчетов в соответствии с Правилами ОМС в рамках Программы, при этом проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется Фондом.

5.6. Оплата медицинской помощи производится СМО (Фондом) с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проведенного в соответствии с установленным Порядком проведения контроля. Счета на оплату формируются на основании Информации для оформления счета на оплату по форме, установленной Приложением № 4 к настоящему Тарифному соглашению.

Информация для оформления счета на оплату является приложением к счету.

5.7. В случае установления Фондом факта нецелевого использования средств ОМС, возврат средств, использованных не по целевому назначению, уплата штрафа и пени производится МО в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона.

**6. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**

6.1. При оплате амбулаторной медицинской помощи применяются следующие способы оплаты:

6.1.1. по подушевому нормативу финансирования МО-Фондодержателей на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за законченный случай с учетом показателей результативности деятельности МО.

Объём финансирования МО-Фондодержателей  на основе подушевого норматива на прикрепившихся к МО-Фондодержателю застрахованных лиц определяется по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитанным для каждой МО-Фондодержателя в соответствии с Методикой определения дифференцированных подушевых нормативов и их применения для расчета финансирования медицинских организаций, являющейся Приложением № 1 к настоящему Тарифному соглашению. При этом при расчете объема финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи по подушевым нормативам не учитываются средства на оплату медицинской помощи в стоматологических отделениях (кабинетах, поликлиниках), в Центрах здоровья, при проведении консультаций врачами мобильных центров здоровья и выездных поликлиник, телемедицинских консультаций, при проведении на основании направления врача специалиста соответствующего профиля МО-фондодержателя консультаций МО по профилям медицинской помощи, перечисленных в Приложении № 19 к настоящему Тарифному соглашению, а также услуг, оказанных в составе таких случаев лечения, расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами  *(п. 6.1.1 в редакции изменений от 28.01.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2016).*

6.1.2. за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за 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 этом стоимость обращения (законченного случая) складывается из стоимости первичных и повторных посещений по врачебным специальностям, выполненных в рамках одного случая, и стоимости медицинских услуг установленных настоящим Тарифным соглашением.

6.1.3. за единицу объема амбулаторной медицинской помощи – за законченный случай при проведении медицинских осмотров в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации;

6.1.4.оплата стоматологической помощи производится:

- за законченный случай лечения, который складывается из стоимости КСГ заболеваний и стоимости услуг, установленных Приложением № 7 (Таблица 1) к настоящему Тарифному соглашению;

- за посещение с профилактической целью и в рамках незаконченного случая лечения заболевания по тарифу посещений и медицинских услуг, установленных Приложением № 7 (Таблицы 2 и 3) к настоящему Тарифному соглашению.

При лечении на дому к стоимости КСГ применяется коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) *(в редакции изменений от 30.05.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.05.2016)* (Таблица 4 Приложение № 7 к Тарифному соглашению), а к стоимости сложной комплексной услуги дополнительно подлежит оплате услуга В. 04.069.333 «Оказание медицинской помощи вне медицинской организации (на дому) *(п. 6.1.4 дополнен в редакции изменений от 01.04.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.03.2016).*

Оплата случаев лечения заболевания, производится в зависимости от фактической продолжительности лечения с использованием понижающего коэффициента для конкретной КСГ (Таблица № 5 Приложение №7 к Тарифному соглашению) *(п. 6.1.4 дополнен пятым абзацем в редакции изменений от 30.05.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.05.2016).*

6.2. При одновременном оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по поводу различных заболеваний (состояний) врачами разных специальностей формируются два и более случая.

6.3. Случай лечения заболевания считается завершенным при наступлении медицинского исхода (улучшение, выздоровление) и /или организационного исхода (прекращение оказания медицинской помощи по причине госпитализации, в том числе в стационар дневного пребывания, перевода в другую МО, отказа от получения медицинской помощи, в том числе неявки пациента, прекращения наблюдения, вне зависимости от формы лечения).

6.4. При продолжении начатого ранее лечения в другой МО или направлении на консультацию, обследование в другую МО, а также при диагностическом или восстановительном лечении в другой МО, к оплате предъявляются фактически выполненные объемы медицинской помощи каждой МО по соответствующим Тарифам.

6.5. В реестр счетов при формировании случая проведения медицинского осмотра включаются проведенные ранее (с указанием даты проведения) медицинские осмотры и исследования, давность которых не превышает сроки, установленные порядками их проведения, без применения Тарифа, за исключением случаев проведения первого этапа диспансеризации взрослого населения (далее – первый этап диспансеризации).

6.6. Случай проведения первого этапа диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате в полном объеме при условии выполнения в период его проведения не менее 85% от объема, установленного для данного возраста и пола, функциональных, лабораторных исследований и врачебных осмотров, предусмотренных порядком их проведения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.02.2015 № 36ан (далее – объем диспансеризации). При этом обязательным является проведение опроса (анкетирования) и прием врача-терапевта.

В случае, если число врачебных осмотров, функциональных и лабораторных исследований, выполненных ранее и учитываемых в объеме диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, а общий объем диспансеризации при этом составляет 85% и более, оплата производится только за выполненные в период проведения первого этапа диспансеризации врачебные осмотры, функциональные и лабораторные исследования.

6.7. В реестр счетов не включаются и не подлежат оплате за счет средств ОМС следующие случаи оказания амбулаторной медицинской помощи:

6.7.1. в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре, кроме дня поступления и выписки из круглосуточного стационара;

6.7.2. при повторном посещении пациентом врача одной специальности в один и тот же день в одной МО *(п. 6.7.2 дополнен в редакции изменений от 30.05.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.05.2016).*

6.8. При одновременном оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях и в условиях дневного стационара по разным профилям, услуги амбулаторной помощи подлежат оплате в полном объеме *(п. 6.8 дополнен в редакции изменений от 29.07.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.07.2016).*

**7. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара**

7.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, применяются следующие способы оплаты:

7.1.1. за законченный случай лечения заболевания, включенный в соответствующую группу заболеваний (КСГ), в соответствии с Инструкцией по группировке случаев, в том числе правилами учета дополнительных классификационных критериев при отнесении к КСГ в условиях круглосуточного и дневного стационаров, являющейся Приложением № 21 к настоящему Тарифному соглашению *(п. 7.1.1 в редакции изменений от 28.01.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2016);*

7.1.2. за законченный случай лечения заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в Программу, и на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи.

7.1.3. при проведении процедур диализа в период оказания помощи в стационаре оплата медицинской помощи производится по тарифу соответствующей КСГ и стоимости фактически выполненных услуг диализа.

7.2. Стоимость *i* случая госпитализации, включенного в соответствующую КСГ, рассчитывается по следующей формуле:

CCi = БС × КЗксгi × ПК × РК, где (1)

БС - базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара;

КЗксгi - коэффициент относительной затратоемкости по i КСГ, установленный Приложением № 11 к настоящему Тарифному соглашению;

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ, установленный Приложением № 12 к настоящему Тарифному соглашению;

РК – районный коэффициент, установленный Приложением № 12 к настоящему Тарифному соглашению.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ рассчитывается по формуле:

ПК = КУксг × КПУСмо × ∑КСЛП, где (2)

КУксг – управленческий коэффициент по КСГ;

КПУСмо - коэффициент подуровня оказания медицинской помощи в МО, в которой был пролечен пациент;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента *(в редакции изменений от 30.05.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.05.2016)*, установленый Приложением № 12 к настоящему Тарифному соглашению. Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8 за исключением случаев сверхдлительной госпитализации *(в редакции изменений от 28.01.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2016).*

При применении в рамках одного случая лечения более одного КСЛП, общее значение КСЛП определяется по формуле:

∑КСЛП = КСЛП1+ (КСЛП2-1) + …(КСЛПn-1) (3)

*(в редакции изменений от 01.04.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2016)*

7.3. Оплата сверхкоротких случаев, в том числе прерванных, при которых длительность госпитализации составляет 3 дня и менее (3 койко-дней), производится в размере:

- 80 % от тарифа, если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, за исключением случаев лечения заболевания, устанавливаемых Тарифным соглашением;

- 50 % от тарифа, если основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз *(в редакции изменений от 28.01.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2016).*

7.4. При переводе пациента из одного отделения МО в другое отделение (в том числе из круглосуточного стационара в дневной стационар), 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 МО в другую оплата обоих случаев лечения заболевания производится по соответствующей КСГ, за исключением сверхкоротких случаев, которые оплачиваются в соответствии с п.7.3 настоящего Тарифного соглашения.

Указанные случаи подлежат обязательной экспертизе. При этом, если перевод производится в пределах одной МО, а заболевания относятся к одному классу МКБ–10, в том числе по поводу патологии беременности, закончившейся родами/родоразрешением (при длительности дородовой госпитализации менее 7 дней), оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим коэффициентом относительной затратоемкости *(в редакции изменений от 29.07.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2016)*.

7.5.Оплата незаконченных случаев лечения заболевания, при отнесении их к 105, 106 и 107 КСГ, с продолжительностью госпитализации до семи дней, производится в размере 20% от стоимости случая лечения заболевания по соответствующей КСГ, с продолжительностью госпитализации от 7 до 15 дней (включительно) – в размере 50% от стоимости случая лечения заболевания по соответствующей КСГ. При этом к незаконченным случаям относятся случаи лечения заболевания, завершившиеся переводом в другое МО.

7.6. В случае, если в рамках одного случая лечения заболевания пациенту было оказано несколько услуг, влияющих на отнесение случая лечения к соответствующей КСГ, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратоемкости.

7.7. При проведении в МО хирургических вмешательств выездной хирургической бригадой другой МО, оплата производится по стоимости случая лечения, включенного в соответствующую КСГ, с понижающим коэффициентом в размере 0,9.

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

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

7.9. Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленным Приложением № 9 к настоящему Тарифному соглашению. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и/или других применяемых медицинских технологий. При этом размер тарифа на оплату по КСГ с учетом применения поправочных коэффициентов (за исключением коэффициента сложности лечения пациента), не должен превышать тариф на высокотехнологичную медицинскую помощь по соответствующему методу.

7.10. Критерием для определения условий оказания помощи по профилю медицинская реабилитация служит оценка состояния по «Модифицированной шкале Рэнкин (mRS)». При оценке по шкале Рэнкин 3-4-5 пациент получает реабилитацию в условиях круглосуточного реабилитационного стационара с оплатой по КСГ. При оценке по шкале Рэнкин 1-2 реабилитация не может осуществляться в условиях круглосуточного стационара. Продолжительность лечения в специализированном реабилитационном отделении не должна быть менее 10 койко-дней.

7.11. К законченному случаю лечения заболевания при проведении процедур диализа, в условиях круглосуточного стационара относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре. При этом в период лечения в круглосуточном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

7.12. Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам в приемных отделениях стационаров в экстренной или неотложной форме, не завершившихся госпитализацией, осуществляется по тарифам посещения врача соответствующей специальности и тарифам на медицинские услуги. *(п. 7.12 в редакции изменений от 30.05.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.05.2016).*

Оплата случаев оказания медицинской помощи в приемных отделениях первичных сосудистых отделений (ПСО) и региональных сосудистых центров (РСЦ) в части консультирования и диагностики пациентов, находящихся в условиях круглосуточного стационара других МО, с целью исключения острого нарушения мозгового кровообращения и/или острого коронарного синдрома, не завершившихся госпитализацией в ПСО (РСЦ), осуществляется по тарифам посещения врача соответствующей специальности и тарифам на медицинские услуги. При этом стоимость услуг, оказанных в ПСО (РСЦ), вычитается из стоимости законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ, МО, направившей пациента на консультацию в ПСО (РСЦ) *(в редакции изменений от 29.07.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.07.2016)*.

7.13. Срок лечения в стационаре определяется от дня поступления до дня выписки из стационара (день госпитализации и день выписки считается одним днем).

7.14. В реестр счетов не включаются и не подлежат оплате за счет средств ОМС случаи оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара при проведении УЗИ-скрининга беременных, при наличии электронного направления МО-ФД, плановые посещения врача акушера-гинеколога МО-исполнителя до и (или) после проведения УЗИ-скрининга *(в редакции изменений от 29.07.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.07.2016)*.

**8. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара всех типов**

8.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, применяются следующие способы оплаты:

8.1.1. Оплата случаев лечения заболевания при несоблюдении продолжительности лечения, установленной Приложением № 25 к Тарифному соглашению, производится в размере 50% от стоимости случая лечения заболевания по соответствующей КСГ согласно графе № 6 «Продолжительность лечения (дни)» таблицы «Критерии отнесения к КСГ случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара *(п. 8.1.1 в редакции изменений от 30.05.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.05.2016).*

8.1.2. при проведении процедур диализа в период оказания помощи в условиях дневного стационара оплата медицинской помощи производится по тарифу соответствующей КСГ и стоимости фактически выполненных услуг диализа.

8.2. Стоимость *i* случая госпитализации, включенного в соответствующую КСГ, рассчитывается по следующей формуле:

CCi = БС × КЗксгi × РК × ПК*,* где (3)

БС - базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара, установленная Тарифным соглашением;

КЗксгi - коэффициент относительной затратоемкости по i КСГ, установленный Приложением № 13 к настоящему Тарифному соглашению;

РК – районный коэффициент, установленный Приложением № 14 к настоящему Тарифному соглашению.

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ, установленный Приложением № 14 к настоящему Тарифному соглашению.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ рассчитывается по формуле:

ПК = КУксг ×∑КСЛП, где (4)

КУксг – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента *(в редакции изменений от 30.05.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.05.2016*.

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8. При применении в рамках одного случая лечения более одного КСЛП, общее значение КСЛП определяется по формуле:

∑КСЛП = КСЛП1+ (КСЛП2-1) + …(КСЛПn-1) (5)

*(в редакции изменений от 01.04.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2016)*

8.3. Лечение по профилю медицинская реабилитация в условиях дневного стационара проводится пациентам с оценкой состояния по шкале Рэнкин 1-2.

В случае оказания медицинской помощи по профилю медицинская реабилитация дистанционным способом (нейрореабилитация, кардиореабилитация, реабилитация после перенесенных травм и операций на опорно-двигательной системе), оплата производится с применением понижающего коэффициента 0,3 от тарифа КСГ. Количество телемедицинских сеансов должно быть не менее 10.

8.4. К законченному случаю лечения заболевания при проведении процедур диализа, в условиях дневного стационара относится лечение в течение месяца. При этом в период лечения в условиях дневного стационара пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений, и питанием.

8.5. При переводе по медицинским показаниям из круглосуточного стационара в дневной стационар или из дневного стационара в круглосуточный для определения фактического срока оказания медицинской помощи в каждом из подразделений день перевода учитывается в периоде оказания медицинской помощи на предыдущем этапе.

8.6. В дневных стационарах всех типов первым днем считается день начала оказания медицинской помощи, последним – день окончания ее оказания.

**9. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной вне МО**

9.1. При оплате медицинской помощи, оказанной вне МО (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), применяются следующие способы оплаты:

9.1.1. по подушевому нормативу финансирования на одного застрахованного территории обслуживания станции (отделения) скорой медицинской помощи;

9.1.2 за вызов при оказании скорой медицинской помощи ГАУЗ ПК «ГКБ № 3», ГБУЗ ПК «ДГКБ № 13» и лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации. При этом стоимость вызова i профильной бригады определяется по формуле:

СВ смп i = Тi х КPсмпn, где (5)

КРсмпn – районный коэффициент по n МО, установленный Приложением № 16 к Тарифному соглашению.

9.2. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной пациентам при остром коронарном синдроме (код МКБ – 10 – 121.9 «Острый инфаркт миокарда неуточненный») с проведением тромболитической терапии осуществляется с дополнительной оплатой стоимости проведения тромболитической терапии: с применением тенектеплазы лиофилизата 40 мг (код услуги А11.12.003.999.001) - 60 828 рублей, с применением тенектеплазы лиофилизата 50 мг (код услуги А11.12.003.999.002) - 67 574 рубля.

9.3. Объём финансовых средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитывается для каждой МО в соответствии с Методикой расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, являющейся Приложением № 2 к настоящему Тарифному соглашению.

**Раздел III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ**

**НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

10. Расчет Тарифов осуществляется в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной Правилами ОМС, на единицу объема медицинской помощи и включают в себя статьи затрат, установленные ТП ОМС.

11. Виды расходов МО, включаемые в Тарифы представлены в Таблице 1

*(в редакции изменений от 28.01.2016,25.02.2016,29.07.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2016).*

Таблица 1.

Виды расходов МО, включаемые в Тарифы<\*>

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Расходы МО в соответствии с ТП ОМС | Коды видов расхо­дов (КВР) с 01.01.2016 | Код аналитики (Подстатья КОСГУ) | Вид расходов МО |
| Расходы на заработ­ную плату, начисления на оплату труда, про­чие выплаты | 111 «фонд оплаты труда учреждений» | 211 «заработная плата» | Расходы на выплату заработ­ной платы, осуществляемые на основе договоров (эффектив­ных контрактов) с работниками МО, участвующими в выпол­нении ТП ОМС, в соответствии с действующей классификаци­ей операций сектора государ­ственного управления<\*\*>, а так же расходы МО, осуществ­ляемые в рамках дополнитель­ных соглашений к договорам на 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), медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам учре­ждений и подразделений ско­рой медицинской помощи.  |
| 112 «Иные выплаты персоналу учрежде­ний, за исключением фонда оплаты тру­да» | 212 «прочие вы­платы» | Расходы на дополнительные выплаты и компенсации, обу­словленные условиями трудо­вых договоров с работниками, участвующими в выполнении ТП ОМС, в соответствии с дей­ствующей классификацией операций сектора государ­ственного управления<\*\*>. |
| 262 «пособия по социальной по­мощи населе­нию» | Расходы на выплату в случаях, установленных законодатель­ством Российской Федерации, выходных пособий работни­кам, участвующим в выполне­нии ТП ОМС, при их увольне­нии, не связанным с реоргани­зацией, изменением структуры МО и иными организационно-штатными мероприятиями, приводящими к сокращению численности или штата МО.  |
| 119 «Взносы по обя­зательному социаль­ному страхованию на выплаты по опла­те труда работников и иные выплаты ра­ботникам учрежде­ний»   | 213 «Начисления на выплаты по оплате труда» | Расходы, связанные с начисле­ниями на выплаты по оплате труда в соответствии с Феде­ральным законом от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взно­сах в Пенсионный фонд Рос­сийской Федерации, Фонд со­циального страхования Россий­ской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицин­ского страхования», а также страховых взносов на обяза­тельное социальное страхова­ние от несчастных случаев на производстве и профессио­нальных заболеваний. |
| Приобретение лекар­ственных средств, рас­ходных материалов (в том числе импланти­руемых в организм че­ловека), 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. | 244 «Прочая закупка товаров, работ и услуг для обеспече­ния государственных (муниципальных) нужд»            | 221 «услуги свя­зи» | Расходы на оплату услуг связи:- по договорам на оказание услуг связи в целях обеспече­ния собственных нужд МО;- по договорам на оказание услуг сотовой связи на основа­нии утвержденного руководи­телем МО перечня должностей работников, которым в силу исполняемых ими обязанно­стей необходимо для выполне­ния ТП ОМС использование сотовой связи в пределах ли­мита, утвержденного руково­дителем МО. <\*\*\*> |
| 222 «транспорт­ные услуги» <\*\*\*\*\*> | Расходы на приобретение транспортных услуг, необхо­димых МО, по договорам на оказание транспортных услуг в целях обеспечения собствен­ных нужд МО.  |
| 223 «коммуналь­ные услуги» | Расходы по оплате договоров на оказание коммунальных услуг, необходимых МО. <\*\*\*\*>  |
| 224 «арендная плата за пользо­ванием имуще­ством» <\*\*\*\*\*> | Расходы по договорам аренды имущества без права выкупа арендованного имущества, в том числе по договорам аренды автомобилей (договорам суб­аренды, имущественного най­ма). <\*\*\*\*> |
| 225 «Работы, услуги по содер­жанию имуще­ства» <\*\*\*\*\*> | Расходы по оплате договоров на выполнение работ, оказание услуг, связанных с содержани­ем (обслуживанием), ремонтом нефинансовых активов, в том числе ремонтом и техническим обслуживанием транспортных средств, находящихся в соб­ственности, оперативном управлении или аренде МО, в целях обеспечения собствен­ных нужд МО, за исключением капитального ремонта. <\*\*\*> |
| 226 «прочие ра­боты, услуги» | Расходы по оплате труда вра­чей – консультантов, согласно договорам на оказание меди­цинской помощи, в рамках ТП ОМС. |
| 226 «прочие ра­боты, услуги»  | Расходы на оплату услуг при проведении лабораторных, ла­бораторно-диагностических и инструментальных исследова­ний, производимых другими организациями (индивидуаль­ными предпринимателями), в случае отсутствия возможности проведения указанных иссле­дований собственными силами данного МО, и программного диализа пациентам с терми­нальной стадией хронической почечной недостаточности, включенным в соответствую­щий реестр пациентов. <\*\*\*> |
| 226 «прочие ра­боты, услуги» | Расходы на оплату МО услуг по обеспечению застрахован­ных лиц лечебным питанием при оказании медицинской по­мощи в условиях круглосуточ­ного стационара, дневного ста­ционара при стационаре и дневного стационара при поли­клинике, предприятиями обще­ственного питания (при отсут­ствии в МО своего пищеблока). |
| 226 «прочие ра­боты, услуги» <\*\*\*\*\*> | Расходы на выполнение работ, оказание услуг, не отнесенных к кодам аналитики 221-225 (в том числе расходы МО по воз­мещению комиссионных воз­награждений банкам за осу­ществление операций со сред­ствами ОМС), и расходы на оплату программного обеспе­чения в целях обеспечения соб­ственных нужд МО в соответ­ствии с действующей класси­фикацией операций сектора государственного управления. Указанные выше договоры для признания расходов по ним экономически обоснованными должны содержать конкретный перечень услуг. <\*\*\*> **За счет средств ОМС не возмещают­ся расходы МО**, связанные с разработкой и проверкой про­ектной и сметной документа­ции для проведения капиталь­ного ремонта<\*\*>. |
| 310 «увеличение стоимости ос­новных средств» | Расходы по оплате договоров на приобретение необходимого медицинского инструментария, относящегося к основным средствам в соответствии с Общероссийским классифика­тором основных фондов. |
| 310 «увеличение стоимости ос­новных средств» <\*\*\*\*\*> | Расходы по оплате контрактов, договоров на приобретение ос­новных средств (оборудование, производственный и хозяй­ственный инвентарь) стоимо­стью до ста тысяч рублей за единицу в соответствии с Классификацией основных средств, включаемых в аморти­зационные группы, утвержден­ной постановлением Прави­тельства Российской Федера­ции от 01.01.2002 № 1, и Об­щероссийским классификато­ром основных фондов ОК 013-94, утвержденным постановле­нием Госстандарта Российской Федерации от 26.12.1994 № 359.  **За счет средств ОМС не воз­мещаются расходы МО** по договорам аренды любого имущества, предусматриваю­щим условие о праве выкупа, либо получения в дар арендо­ванного имущества, а также по договорам финансовой аренды (лизинга). |
| 340 «увеличение стоимости мате­риальных запа­сов» | Расходы по оплате договоров на приобретение:- лекарственных препаратов в соответствии с Перечнем жиз­ненно необходимых и важней­ших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2016 год (далее – Перечень), утвержденным нормативным актом Правительства Россий­ской Федерации, а также лекар­ственных препаратов, не вхо­дящих в Перечень, в соответ­ствии со стандартами оказания медицинской помощи и клини­ческими рекомендациями (про­токолами);- перевязочных средств; - расходных материалов (в том числе расходы на приобретение медицинских изделий, имплан­тируемых в организм человека при оказании медицинской по­мощи в рамках ТП ОМС в со­ответствии с Перечнем, утвер­жденным нормативным актом Правительства Российской Фе­дерации, а также расходы на приобретение иных медицин­ских изделий, имплантируемых в организм человека, преду­смотренных стандартами и по­рядками оказания медицинской помощи); - медицинского инструмента­рия со сроком службы до 12 месяцев, независимо от его стоимости, а также медицин­ского инструментария, исполь­зуемого в деятельности МО в течение периода, превышаю­щего 12 месяцев, но не отно­сящегося к основным сред­ствам в соответствии с Обще­российским классификатором основных фондов;- реактивов и химикатов; - стекла и химпосуды; - дезинфицирующих средств; - химреактивов, диагностику­мов, расходных материалов для лабораторий. <\*\*\*> |
| 340 «увеличение стоимости мате­риальных запа­сов» | Расходы на питание: - расходы по оплате договоров на приобретение продуктов пи­тания для обеспечения необхо­димым лечебным питанием за­страхованных лиц при оказа­нии медицинской помощи в условиях круглосуточного ста­ционара, дневного стационара при стационаре и дневного стационара при поликлинике, по нормам, утвержденным в установленном порядке;- расходы МО по обеспечению специальным питанием меди­цинских работников, работа которых связана с вредными и опасными для здоровья и жиз­ни условиями труда. |
| 340 «увеличение стоимости мате­риальных запасов | Расходы на приобретение мяг­кого инвентаря: - расходы по оплате договоров на приобретение мягкого ин­вентаря, в том числе имуще­ства, функционально ориенти­рованного на охрану труда и технику безопасности, граж­данскую оборону. |
| 340 «увеличение стоимости мате­риальных запа­сов» <\*\*\*\*\*> | Расходы по оплате договоров на приобретение: - горюче-смазочных материалов, включая специальное топливо; - всех видов котельно-печного топлива; - строительных материалов, ис­пользуемых для текущего ре­монта; - кухонного инвентаря; - хозяйственных материалов;- канцелярских принадлежно­стей; - запасных частей и (или) со­ставных частей для машин и оборудования;- прочих материальных запасов. |
|  | 321 «Пособия, компенсации и иные социальные выплаты гражданам, кроме публичных нормативных обязательств» | 262 «пособия по социальной по­мощи населе­нию» | Расходы на выплату уволенным служащим (работникам) среднего месячного заработка на период трудоустройства, в случае их увольнения в связи с ликвидацией организации, иными организационно-штатными мероприятиями, приводящими к сокращению численности или штата работников организации, осуществляемые на основании статей 178 и 318 Трудового кодекса Российской Федерации |
| Прочие выплаты | 831 «Исполнение судебных актов Рос­сийской Федерации и мировых соглаше­ний по возмещению вреда, причиненного в результате неза­конных действий (бездействия) орга­нов государственной власти (государ­ственных органов), органов местного самоуправления ли­бо должностных лиц этих органов, а так­же в результате дея­тельности учрежде­ний» | 290 «прочие расходы» <\*\*\*\*\*> | Расходы на возмещение убыт­ков, причиненных незаконны­ми действиями (бездействием) работников МО, оказывающих медицинскую помощь в рамках ТП ОМС, в части возмещения застрахованным лицам:- расходов на приобретение за­страхованными лицами лекар­ственных препаратов, вклю­ченных в Перечень, в соответ­ствии формуляром лечения стационарного больного, со­гласованного и утвержденного в установленном порядке на основании стандартов меди­цинской помощи, а также ле­карственных препаратов, не входящих в Перечень, в соот­ветствии со стандартами оказа­ния медицинской помощи и клиническими рекомендациями (протоколами), на основании актов СМО или Фонда; - возмещение убытков (ущер­ба), причиненных МО застра­хованным лицам, в связи с взиманием платы с них (в том числе в виде оказания платных услуг) за медицинскую по­мощь, которая должна быть оказана МО (его работниками) в рамках ТП ОМС на соответ­ствующий год, произведенных МО на основании актов СМО или Фонда, а также актов, оформленных по результатам ведомственного контроля каче­ства медицинской помощи;- возмещение физическому ли­цу морального и физического вреда, взысканного по реше­нию суда в связи с некаче­ственным оказанием медицин­ской помощи. |
| 851 «Уплата налога на имущество орга­низаций и земельно­го налога» | 290 «прочие расходы»  | Расходы на уплату налога на имущество МО и земельного налога в бюджеты всех уров­ней Российской Федерации. <\*\*\*\*> |
| 852 «Уплата прочих налогов, сборов» | 290 «прочие расходы»  | Расходы на уплату прочих налогов и сборов в бюджеты всех уровней Российской Фе­дерации. <\*\*\*\*> |
| 853 «Уплата иных платежей» | 290 «прочие расходы» <\*\*\*\*\*> | Расходы на уплату государ­ственных пошлин и сборов в случаях, установленных зако­нодательством Российской Фе­дерации (в том числе расходы МО, связанные с получением МО лицензий для выполнения ТП ОМС).Расходы на уплату штрафов, установленных Приложением № 18 к настоящему Тарифному соглашению. |

--------------------------------------------------

<\*> МО используют полученные средства ОМС в соответствии с ТП ОМС, Договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, Порядком определения подлежащих возмещению за счет средств ОМС расходов МО, включенных в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Пермского края, утвержденным в установленном порядке, и осуществляют расходы на содержание МО из общего объема средств, поступивших по Тарифам.

Средства ОМС на оплату труда сотрудников отделений МО при закрытии отделений на проведение плановых и внеплановых ремонтов, карантинных и профилактических мероприятий дополнительно не выделяются. Указанные расходы могут возмещаться за счет средств соответствующего бюджета, средств учредителя (собственника).

<\*\*> МО негосударственной и немуниципальной форм собственности руководствуются Планом счетов бухгалтерского учета финансово-хозяйственной деятельности организаций, утвержденным приказом Министерства финансов Российской Федерации от 31 октября 2000 г. № 94н.

<\*\*\*> распределение затрат по различным источникам финансирования (ОМС, бюджет, др.) производится по месту возникновения затрат, либо пропорционально объему средств, полученных от оказания медицинской помощи из соответствующих источников, а также поступлений от иной приносящей доход деятельности.

<\*\*\*\*> распределение затрат по различным источникам финансирования (ОМС, бюджет, др.) производится по месту возникновения затрат, либо пропорционально объему средств, полученных от оказания медицинской помощи из соответствующих источников, а также поступлений от иной приносящей доход деятельности, либо по занимаемым площадям.

<\*\*\*\*\*> за исключением расходов, отнесенных к КВР 243 «Закупка товаров, работ, услуг в целях капитального ремонта государственного (муниципального) имущества

*(в редакции изменений от 28.01.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2016).*

Финансовое обеспечение расходов медицинской организации, не включенных в тарифы на медицинскую помощь в сфере ОМС, отделений (кабинетов, коек) медицинской организации, не оказывающих медицинскую помощь в рамках ТП ОМС, за счет средств ОМС не осуществляется.

11.1. В Тарифы включаются экономически обоснованные и документально подтвержденные расходы МО на выполнение ТП ОМС.

11.2. В Тарифы не включаются расходы МО, которые в соответствии с ТП ОМС финансируются за счет средств бюджетов всех уровней или других источников.

11.3. За счет средств ОМС не оплачивается медицинская помощь, оказанная МО по видам медицинской помощи, которые в соответствии с ТП ОМС финансируются за счет средств бюджетов всех уровней или других источников.

11.4. За счет средств ОМС не финансируются (не оплачиваются) мероприятия и иные медицинские услуги, которые в соответствии с ТП ОМС финансируются за счет средств бюджетов всех уровней или других источников.

11.5.При планировании расходов МО в рамках ТП ОМС рекомендуется использовать структуру тарифов на оплату медицинской помощи в разрезе направлений расходов, представленную в Таблице 2.

11.6. Остатки средств по состоянию на 01.01.2016, полученных за счет средств сверх базовой программы обязательного медицинского страхования и отраженные в отчетности, установленной Фондом, расходуются МО в соответствии с [Порядком](#P27), утвержденным Министерством здравоохранения Пермского края *(п. 11.6 в редакции изменений от 28.01.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2016).*

11.7. За счет средств ОМС не возмещаются расходы МО:

- на уплату налога на прибыль, налога при упрощенном налогообложении;

- на уплату государственных пошлин и судебных издержек, возмещения морального и материального вреда, исполнения обязательств по судебным делам, не связанным с деятельностью МО по выполнению ТП ОМС;

- на уплату государственных пошлин и судебных издержек по судебным делам в связи с рассмотрением исков Фонда, СМО к МО, по судебным делам в связи с рассмотрением исков МО к Фонду или СМО;

- на уплату штрафов, пени за несвоевременную уплату налогов и сборов;

- на уплату неустойки за нарушение договорных обязательств и других экономических санкций *(п. 11.7 в редакции изменений от 20.07.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2016).*

Таблица 2

**Структура тарифов на оплату медицинской помощи**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Условия оказания медицинской помощи | Доля расходов, % |
| Расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты | Приобретение лекарственных средств и расходных материалов | Приобретение продуктов питания <\*> | Прочие<\*\*> |
| 1. | В условиях круглосуточного стационара | От 58 до 63 | От 18 до 23 | От 3,8 до 4,0 | От 15 до 15,2 |
| 2. | В условиях дневного стационара | От 39 до 42 | От 38 до 43 | До 1 | От 17 до 19 |
| 3. | В амбулаторных условиях | От 78 до 82 | От 6 до 11 | 0 | От 9 до 13 |
| 4. | Вне медицинской организации (скорая медицинская помощь) | От 76 до 81 | От 2 до 4 | 0 | До 23 |

----------------------------------------

<\*> среднесуточный набор продуктов питания на одного больного в стационарных условиях должен обеспечить удовлетворение физиологических потребностей организма человека в пищевых веществах и энергии с учетом механизмов развития заболевания особенностей течения основного и сопутствующего заболеваний и соответствовать требованиям главы 5 статьи 39 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Денежные нормы расходов на продукты питания в стационарных условиях включаются в тариф законченного случая лечения, включенного в соответствующую группу КСГ в размере доли расходов, предусмотренной структурой тарифов законченного случая лечения по КСГ.

 <\*\*>приобретение мягкого инвентаря, медицинского инструментария, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других организациях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии своего пищеблока), 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, на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

**12. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях**

12.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, составляет 3 358,27 рублей (*в редакции изменений от 30.05.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.05.2016).*.

12.2. Размер подушевого норматива финансирования МО при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, составляет 2 442,38 рублей и формируется с учетом стимулирующей части за достижение показателей *(п. 12.2 в редакции изменений от 25.02.2016 –выделенные слова исключены).*

12.3. Тарифы на оплату единицы объема амбулаторной медицинской помощи установлены Приложением № 5, Приложением № 6, Приложением № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на медицинские услуги, установленные Приложением № 6, включают стоимость забора (взятия) биологического материала.

12.4. Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, установлены Приложением № 8 к настоящему Тарифному соглашению.

12.5. При оказании медицинской помощи (посещений) вне медицинской организации (на дому, на выезде), дополнительно подлежит оплате услуга В 04.069.333 «Оказание медицинской помощи вне медицинской организации (на дому)».

**13. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара**

13.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, составляет 4 254,99 рубля (*в редакции изменений от 30.05.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.05.2016).*.

13.2. Коэффициенты относительной затратоемкости установлены Приложением № 11 к Тарифному соглашению.

13.3. Коэффициенты, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ, установлены Приложением № 12 к Тарифному соглашению.

13.4. Тарифы на оплату случаев лечения с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи установлены Приложением № 9 к Тарифному соглашению.

13.5. Тарифы на оплату услуг диализа установлены Приложением № 10 к Тарифному соглашению.

**14. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.**

14.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, составляет 743,11 рубля (*в редакции изменений от 30.05.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.05.2016).*.

14.2. Коэффициенты относительной затратоемкости установлены Приложением № 13 к настоящему Тарифному соглашению.

14.3. Коэффициенты, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ, установлены Приложением № 14 к Тарифному соглашению.

14.4. Тарифы на оплату услуг диализа установлены Приложением № 10 к Тарифному соглашению.

**15. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой вне МО.**

15.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой вне МО, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, составляет 645,31 рублей (*в редакции изменений от 30.05.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.05.2016).*.

15.2. Размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляет 633,91 рубля.

15.3. Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи устанавливаются Приложением № 15 к настоящему Тарифному соглашению.

15.4. Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, установлены Приложением № 16 к настоящему Тарифному соглашению.

**Раздел 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**

16. За нарушения, выявленные в ходе проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, МО несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, условиями Договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

17. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи к МО применяются санкции, предусмотренные статьей 41 Федерального закона, условиями Договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размеров финансовых санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Пермского края, установленным Приложением № 18 к настоящему Тарифному соглашению (далее – Перечень), путем удержания из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной МО, или возврата средств в СМО.

Величина санкции исчисляется как произведение установленного коэффициента на размер тарифа, действующего на дату окончания оказания медицинской помощи.

В случае внесения изменений в Приложение № 18 к настоящему Тарифному соглашению, новая редакция применяется к случаям оказания медицинской помощи, окончившимся после введения таких изменений в действие, за исключением пунктов Перечня, которые в новой редакции утратили силу.

Пункты Перечня, утратившие силу, при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи не применяются, независимо от даты оказания медицинской помощи.

*(п. 17 в редакции изменений от 30.05.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.03.2016).*

18. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размеров финансовых санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Пермского края и размер финансовых санкций, применяемых к МО по результатам контроля объемов, сроков и качества оказания медицинской помощи, установлен Приложением № 18 к настоящему Тарифному соглашению и применяется при проведении с 01.01.2016 контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Пермского края (*в редакции изменений от 28.01.2016, от 31.03.2016 - исключен).*

18. В случае выявления нарушений в оказании прикрепленному населению медицинской помощи, включенной в размер подушевого финансирования, размер неоплаты исчисляется от соответствующих тарифов, установленных Тарифным соглашением.».

*(п. 18 в редакции изменений от 01.04.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2016).*

**Раздел IV. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

19. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2016 года, действует по 31 декабря 2018 года и применяется при оплате медицинской помощи, завершенной после 01 января 2016 года.

20. С момента вступления в силу настоящего Тарифного соглашения утрачивает силу Тарифное соглашение на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов.

21. Внесение изменений в Тарифное соглашение:

21.1. все изменения в настоящее Тарифное соглашение рассматриваются на заседании Комиссии;

21.2. внесение изменений в настоящее Тарифное соглашение производится путем заключения дополнительных соглашений к нему в том же порядке, в котором заключено настоящее Тарифное соглашение.

22. Индексация тарифов на оплату медицинской помощи производится в соответствии с изменением доходной части бюджета ТФОМС Пермского края на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов, за исключением доходов, имеющих целевое назначение.

23. Неотъемлемыми частями настоящего Тарифного соглашения являются:

23.1. Приложение № 1 «Методика определения дифференцированных подушевых нормативов и их применения для расчета финансирования медицинских организаций»;

23.2. Приложение № 2 «Методика расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи»;

23.3. Приложение № 3 «Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальной программе обязательного медицинского страхования Пермского края в 2016 году по условиям предоставления медицинской помощи и способам оплаты медицинской помощи, применяемых в медицинских организациях»;

23.4. Приложение № 4 «Информации для оформления счета на оплату»;

23.5. Приложение № 5 «Тарифы на посещение по врачебной специальности (к среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием)»;

23.6. Приложение № 6 «Тарифы на медицинские услуги»;

23.7. Приложение № 7 «Медицинские услуги при оказании стоматологической медицинской помощи в УЕТ и их стоимость»;

23.8. Приложение № 8 «Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторно-поликлинической помощи»;

23.9. Приложение № 9 «Тарифы на оплату законченных случаев лечения с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи»;

23.10. Приложение № 10 «Тарифы на медицинские услуги диализа»;

23.11. Приложение № 11 «Коэффициенты относительной затратоемкости по клинико-статистическим группам в условиях круглосуточного стационара»;

23.12. Приложение № 12 «Коэффициенты, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания при его отнесении к соответствующей КСГ в условиях круглосуточного стационара»;

23.13. Приложение № 13 «Коэффициенты относительной затратоемкости по клинико-статистическим группам в условиях дневного стационара»;

23.14. Приложение № 14 «Коэффициенты, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания при его отнесении к соответствующей КСГ в условиях дневного стационара».

23.15. Приложение № 15 «Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи».

23.16. Приложение № 16 «Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи»;

23.17. Приложение № 17 «Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням оказания медицинской помощи и группам»;

23.18. Приложение № 18 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размеров финансовых санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Пермского края и размер финансовых санкций, применяемых к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков и качества оказания медицинской помощи»;

23.19. Приложение № 19 «Перечень медицинских организаций, оказывающих консультативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;

23.20. Приложение № 20 «Критерии отнесения к КСГ случаев оказания стоматологической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях»;

23.21 Приложение № 21 «Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев при отнесении к КСГ в условиях круглосуточного и дневного стационаров»;

23.22 Приложение № 22 «Перечень КСГ, для которых при проведении в полном объеме нескольких видов лечения применяется КСЛП» *(в редакции изменений от 30.05.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.05.2016)*;

23.23 Приложение № 23 «Перечень тяжелых сопутствующих патологий, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения*(в редакции изменений от 30.05.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.05.2016)* пациента»;

23.24 Приложение № 24 «Перечень государственных учреждений здравоохранения Пермского края, осуществляющих исследования биопсийного (операционного)материала и исследования радиодиагностической лаборатории»; *(п. 23.21,23.22,23.23,23.24 в редакции изменений от 28.01.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2016)*

23.25 Приложение № 25 «Критерии отнесения к КСГ случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара»;

23.26 Приложение № 26 «Перечень показателей результативности деятельности медицинсикх организаций- Фондодержателей и критерии их оценки»; *(п. 23.25,23.26 в редакции изменений от 01.04.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.03.2016);*

23.27 Приложение № 27 «Тарифы на оплату законченного случая мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан» *(п. 23.27 в редакции изменений от 30.05.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.06.2016);*

23.28 Приложение № 28 «Методика определения коэффициента подуровня оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара» *(п. 23.28 в редакции изменений от 30.05.2016 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.05.2016).*

И.о. министра здравоохранения

Пермского края \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ П.В. Штэфан

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Директор

Территориального фонда обязательного

медицинского страхования Пермского края \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.Ю. Бахлыков

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Директор филиала ОАО «РГС-Медицина» -

«Росгосстрах-Пермь-Медицина» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.В. Мунгалова

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Председатель Пермской краевой

организации профсоюза работников

здравоохранения Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Г.А. Шабалин

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Председатель общественной организации

«Профессиональное медицинское сообщество

Пермского края» \_\_\_\_\_\_\_\_\_Ю.В. Каракулова

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.