

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ в сфере обязательного медицинского страхования в Калужской области

Министерство здравоохранения Калужской области в лице министра здравоохранения Калужской области К.Н. Баранова, действующей на основании Положения о министерстве здравоохранения Калужской области, утвержденного постановлением Правительства Калужской области от 12.04.2004 № 268;

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Калужской области в лице директора М.В. Тарасовой, действующей на основании Положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Калужской области, утвержденного постановлением Правительства Калужской области от 21.12.2011 № 685;

Акционерное общество «Медицинская акционерная страховая компания» (АО «МАКС-М») в лице директора филиала АО «МАКС-М» в городе Калуге Н.А. Чурсиной, действующей на основании доверенности от 16.12.2016 № 05 (МЕД);

Калужская областная общественная организация «Врачи Калужской области» в лице президента Е.Н. Алешиной, действующей на основании Устава;

Калужская областная организация Профессионального союза работников здравоохранения РФ в лице председателя Л.И. Галкиной, действующей на основании Устава профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации, именуемые в дальнейшем Стороны, 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 от 19.12.2016 № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 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 31.12.2016 №722 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калужской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об утверждении требований к структуре и

содержанию тарифного соглашения», другими нормативными правовыми актами в области обязательного медицинского страхования, а также письмом Минздрава России № 11-8/10/2-8266, ФФОМС № 12578/26/и от 22.12.2016 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», письмом Минздрава России от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

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 прикрепления граждан к медицинским организациям на медицинское обслуживание,
- 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)

ЭКСП – 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

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

1.3.5. «Прикрепленные» граждане («прикрепленное» население) – лица, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию в Калужской области и прикрепленные к МО на обслуживание в соответствии с Порядком прикрепления граждан к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь на территории Калужской области.

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.

1.3.6. 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.

1.3.7. 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.

1.3.8. 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 «Журнала учета приема больных и отказов в госпитализации», а также оформлением талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и медицинской

карты неотложной помощи по форме, согласно **Приложению № 1 к настоящему Соглашению**.

1.3.9. 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 «Журнала учета приема больных и отказов в госпитализации» (ф. № 001/у) и медицинской карты кратковременного пребывания по форме, согласно **Приложению № 2 к настоящему Соглашению**.

1.3.10. 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.

1.3.11. 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 не осложненной 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.

1.3.12. 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.

1.3.13. 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.

1.3.14. 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 талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Данное обращение включается в реестр счетов по тарифу ОМС медицинской услуги «Амбулаторный прием в отделении (станции) СМП».

1.3.15. 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».

1.3.16. 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.

1.3.17. 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.

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

1.3.19. Законченный случай лечения в условиях круглосуточного или дневного стационаров – совокупность медицинских услуг в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе стандартов медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выписки (выпуска, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента).

1.3.20. 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, а также при проведении диагностических исследований.

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

1.3.22. Оплата медицинской помощи за услугу диализа, оказанную пациентам, находящимся в круглосуточном стационаре, - составной компонент оплаты, применяемой дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации.

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

1.3.24. 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).

1.3.25. 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».

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

1.3.27. 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).

1.3.28. Коэффициенты:

- **Коэффициент относительной затратоемкости**–коэффициент затратоемкости клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний, отражающий отношение ее затратоемкости к 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 уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи.

- **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 № 4 - № 19 к настоящему Соглашению** и рассчитываются в соответствии с Порядком расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (**Приложение № 3 к настоящему Соглашению**).

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

Уровни системы организации медицинской помощи:

первый уровень – оказание преимущественно первичной медико-санитарной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи, а также специализированной медицинской помощи и скорой медицинской помощи;

второй уровень – оказание преимущественно специализированной (за исключением высокотехнологичной), медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своей структуре специализированные межмуниципальные (межрайонные) отделения и (или) центры, а также в диспансерах, многопрофильных больницах;

третий уровень – оказание преимущественно специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях.

В пределах третьего уровня системы организации медицинской помощи выделен подуровень, включающий федеральные медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов Российской Федерации.

Распределение медицинских организаций по уровням и подуровням системы организации медицинской помощи представлено в **Приложении № 20 к настоящему Соглашению**.

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. В состав тарифа дневных стационаров, организованных на базе круглосуточных стационаров, с целью оказания медицинской помощи больным детям, а также больным эндокринологического профиля (КСГ 19 «сахарный диабет, дети», КСГ 104 «сахарный диабет, взрослые»), включены расходы на питание.

2.6. 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 состав тарифа на оказание медицинской помощи детям в условиях круглосуточного стационара.

2.7. 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.

2.8. В состав 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 патронажную 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.

2.9. 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.

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, 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 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;

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;

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 № 21**.

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, первичную специализированную 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 №4**), 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, врачей – специалистов, 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).

3. Действие подпункта 2 п. 3.1.1 не распространяется на взаимоотношения с ГБУЗ КО «Калужский областной клинический онкологический диспансер», Медицинским радиологическим научным центром имени А.Ф.Цыба - филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации в части амбулаторно-поликлинических посещений, с Калужским филиалом федерального государственного автономного учреждения «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н.Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации и ООО МТК «Микрохирургия глаза» в части оказания диагностических услуг: офтальмолог (диагностика частичная), офтальмолог (диагностика полная), офтальмолог (консультативно-диагностический прием) - выездная бригада, ретиноскопия глазного дна, офтальмолог (скрининговый осмотр недоношенных детей), офтальмолог (консервативное амбулаторное лечение 4 категории).

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

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами, (**Приложение № 9**);

- расходы на оплату заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа в амбулаторных условиях;

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме, **(Приложение № 8)**;

- расходы на оплату стоматологической медицинской помощи;

- расходы по Перечню медицинских услуг, в рамках Территориальной программы ОМС на 2017 год, оплата которых осуществляется по тарифам за услугу согласно **Приложению № 5 к настоящему Соглашению**;

- расходы на оказание первичной медико-санитарной помощи согласно Приложениям №№ **6 (табл.2), 7 (табл.2), 8, 9 к настоящему Соглашению**.

3.1.3. Прикрепление застрахованных граждан на медицинское обслуживание к медицинским организациям осуществляется в соответствии с Порядком прикрепления граждан к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь на территории Калужской области **(Приложению № 22 к настоящему Соглашению)**.

Информация о наименовании медицинской организации, к которой прикреплен гражданин на медицинское обслуживание, отражается в региональном сегменте Единого регистра застрахованных лиц.

МО, имеющие прикрепленное население, (за исключением ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД РФ по Калужской области») вправе оказывать медицинскую помощь застрахованным гражданам, прикрепленным на обслуживание к другой МО.

ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД РФ по Калужской области» как МО, оказывающая медицинскую помощь лицам, прикрепленным к другим МО, вправе оказывать медицинскую помощь застрахованным лицам, имеющим право на лечение в медицинских учреждениях системы МВД России, в случаях, если указанные лица прикреплены на медицинское обслуживание по территориальному признаку к медицинским организациям, находящимся за пределами г. Калуги.

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 № 23 к настоящему Соглашению)**.

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 № 4 к настоящему Соглашению)**.

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

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

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

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

- на проведение взаиморасчетов (Мв) за медицинскую помощь (посещения, обращения по поводу заболеваний), оказанную прикрепленному гражданину МО, в

которой он не прикреплен (в МО, оказывающей медицинскую помощь лицам, прикрепленным к другим МО);

- на проведение межучрежденческих взаиморасчетов (Мв) за оказанные медицинские услуги прикрепленному гражданину МО, оказавшей медицинскую помощь лицам, прикрепленным к другим МО, **согласно Приложениям №5, № 10 к Соглашению;**

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

*Под «Резервом» в данном документе понимается стимулирующая часть подушевого норматива, 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).

Действие абзаца четвертого настоящего подпункта не распространяется на ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД РФ по Калужской области», за исключением случаев, когда ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД РФ по Калужской области» как МО, оказывающая медицинскую помощь лицам, прикрепленным к другим МО, оказывает медицинскую помощь лицам, имеющим право на лечение в медицинских учреждениях системы МВД России, прикрепленным на медицинское обслуживание по территориальному признаку к медицинским организациям, находящимся за пределами г. Калуги.

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 по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) в соответствии с Порядком расходования средств Резерва (**Приложение № 24 к настоящему Соглашению**).

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 № 5, № 6, № 7, №8, №9, № 10 к Соглашению.**

3.1.10. В медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь лицам, прикрепленным к другим медицинским организациям, оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи, 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,
- министерства здравоохранения Калужской области.

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

- посещения специалистов Калужского филиала федерального государственного автономного учреждения «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н.Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, осуществляющих первичный прием пациентов на базе территориальных поликлиник;

- 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;

– посещения 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 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», ООО «Стоматолог».

– 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. Обращения по заболеванию и консультативные посещения к врачу-инфекционисту ГАУЗ КО «Калужский областной специализированный центр инфекционных заболеваний и СПИД» подлежат оплате за счет средств МО, имеющей прикрепленное население, при наличии направления из медицинской организации. 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. Прием в аритмологическом кабинете ГБУЗ КО «Калужская клиническая городская больница № 2 «Сосновая роща» осуществляется при наличии направления врача МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Медицинская помощь, оказанная в аритмологическом кабинете ГБУЗ КО «Калужская клиническая городская больница № 2 «Сосновая роща», подлежит оплате из средств МО, имеющей прикрепленное население.

3.1.15. Оплата медицинской помощи по тарифам на основе подушевого норматива на комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу не осуществляется медицинским организациям, не имеющим прикрепленное население на медицинском обслуживании.

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 №5, № 6, № 7, № 8, № 9**) 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, и подлежит оплате, в том числе из средств МО, имеющей прикрепленное население.

Взаимодействие между участниками ОМС при оплате амбулаторно-поликлинической помощи осуществляется согласно **Приложению № 25** к настоящему Соглашению.

Перечень организаций МО, имеющих прикрепленное население, и МО, оказывающих медицинскую помощь лицам, прикрепленным к другим МО, представлен в **Приложении № 26**.

3.1.16. Оплата медицинской помощи, оказанной в стоматологических учреждениях и кабинетах, производится по обращениям по поводу заболевания, посещениям с профилактической целью, посещениям при оказании медицинской помощи в неотложной форме 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 № 27** к настоящему Соглашению.

Расчет стоимости обращения по поводу заболевания производится по тарифу законченного случая (**табл. 2 Приложения № 6**) с учетом кратности посещений в обращении 2,4 и переводного коэффициента 3,8 при пересчете УЕТ, установленных **Приложением № 27**.

Расчет стоимости посещения с профилактической целью (**табл. 2 Приложения № 7**), посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме (**Приложение № 8**) производится по тарифу посещения с учетом переводного коэффициента 3,8 при пересчете УЕТ, установленных **Приложением № 27**.

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.

3.1.17. Оплата мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения согласно приказу Минздрава России от 03.02.2015 №36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» осуществляется по тарифам на комплексную услугу (**Приложение № 9**) в зависимости от объема фактически выполненных исследований 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 № 9**).

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 № 9**).

Включение в реестр счетов дополнительно к стоимости комплексных услуг «Диспансеризация взрослого населения (мужчины)», «Диспансеризация взрослого населения (женщины)», «Диспансеризация детей-сирот», «Медицинское обследование детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» иных медицинских услуг, посещений врачей - специалистов не допускается.

Оплата 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» осуществляется по тарифам за комплексные услуги (**Приложение № 9**) в зависимости от объема фактически выполненных исследований в рамках законченного случая профилактического медицинского осмотра взрослого.

Оплата мероприятий по проведению медицинских осмотров несовершеннолетних согласно приказам Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» осуществляется по тарифам за комплексные услуги в рамках законченного случая профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего, предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего, периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего (**Приложение № 9**).

Осмотры врачами-специалистами, а также фельдшером или акушеркой, исследования и иные медицинские мероприятия, проводимые в рамках диспансеризации, медицинских осмотров, медицинских обследований детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей врачами-специалистами других медицинских организаций (МО, оказывающей медицинскую помощь лицам, прикрепленным к другим МО) в случае невозможности их проведения в данной медицинской организации, включаются в реестр

счетов той медицинской организации (МО-получатель), которая представляет на оплату законченный случай: диспансеризации, профилактического медицинского осмотра взрослого, медицинских осмотров несовершеннолетних, медицинских обследований детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. При включении вышеуказанных услуг в реестр счетов МО-получателем указывается медицинская организация (МО, оказывающая медицинскую помощь лицам, прикрепленным к другим МО), оказавшая услуги.

Не допускается включение в реестр счетов МО, оказавшей услугу (МО, оказавших медицинскую помощь лицам, прикрепленным к другим МО), услуг по проведению осмотров врачами-специалистами (фельдшером или акушеркой), исследований и иных медицинских мероприятий, оказанных для другой медицинской организаций в рамках проведения диспансеризации (профилактического медицинского осмотра взрослого, медицинских осмотров несовершеннолетних, медицинскому обследованию детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей) по тарифам профилактических посещений.

Взаимодействие между участниками ОМС при осуществлении СМО межучрежденческих расчетов по диспансеризации, профилактическим медицинским осмотрам по законченному случаю, медицинскому обследованию детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, по законченному случаю осуществляется согласно **Приложению № 28** к настоящему Соглашению.

3.1.18. 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.

3.1.19. Показатели среднего числа посещений в обращении по поводу заболеваний к специалистам медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, представлены **Приложением № 29** к настоящему Соглашению.

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».

3.1.20. 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 №8** к настоящему Соглашению.

3.1.21. 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.

3.1.22. 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.

3.1.23. 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 3 744,30 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:

$$SS_{\text{КСГдс}} = БС_{\text{дс}} \times КЗ_{\text{КСГ}} \times КУС_{\text{мо}} \times КУ \times КСЛП, \text{ где}$$

БС_{дс} – размер средней стоимости законченного случая лечения в дневном стационаре (базовая ставка – 7 543,04 руб.);

КЗ_{КСГ} – Коэффициент относительной затроемкости по КСГ (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне) (**Приложение № 13**);

КУС_{мо} – Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в дневном стационаре в медицинской организации, в которой был пролечен пациент (**Приложение № 11**);

КУ – Коэффициент управленческий КСГ;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациентов.

Перечень КСГ и их наполнение в соответствии с кодами МКБ-10 и кодами операций по номенклатуре услуг, являющихся основными критериями группировки, представлены в **Приложении № 32 к настоящему Соглашению**.

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. Оплата прерванных, в том числе сверхкоротких, случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара осуществляется в зависимости от длительности лечения пациента.

В случае, если длительность пребывания больного на койке меньше или равна 3 дням, оплата осуществляется в размере 30% от стоимости соответствующей КСГ, за исключением КСГ: №№5, 6, №№51 - 53, №№62 - 66, №88.

В случае если при оказании медицинской помощи в рамках случая лечения, включенного в КСГ № 46, пациенту оказывалась услуга «А07.30.011 – Радиойодтерапия» и длительность пребывания больного на койке меньше или равна 3 дням, оплата осуществляется в размере 50% от стоимости законченного случая лечения, включенного в соответствующую КСГ.

3.2.5. Оплата медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» осуществляется в зависимости от длительности лечения пациента, и размер оплаты составляет 100%, 70% , 40% или 20% тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с таблицей 1:

таблица 1

Условия оплаты медицинской реабилитации

№ КСГ	Наименование КСГ	20% от стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ	40% от стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ	70% от стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ	100% от стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ
113	Медицинская нейрореабилитация	от 1 до 3 дней включительно	От 4 до 8 дней включительно	От 9 до 11 дней включительно	от 12 дней и более
115	Медицинская реабилитация после перенесенных травм и заболеваний опорно-двигательной системы	от 1 до 3 дней включительно	От 4 до 8 дней включительно	От 9 до 11 дней включительно	от 12 дней и более
117	Медицинская реабилитация при других соматических заболеваниях	от 1 до 3 дней включительно	От 4 до 8 дней включительно	От 9 до 11 дней включительно	от 12 дней и более

КСГ №№ 113, 115, 117 используются для оплаты медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в условиях дневного стационара.

Критерием определения индивидуальной маршрутизации пациента на койку дневного стационара для оказания медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» является оценка его состояния по «Модифицированной шкале Рэнкин», соответствующая 3 и менее баллам.

3.2.6. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Калужской области, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 671,10 рублей.

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

3.3.1. 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/КПП, 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:

$$SS_{\text{кскгк}} = BS_{\text{кск}} \times KZ_{\text{кскг/кпп}} \times KUS_{\text{мо}} \times КУ \times KСЛП,$$
 где

$BS_{\text{кск}}$ – размер средней стоимости законченного случая лечения в круглосуточном стационаре (базовая ставка – 15 284,43 руб.);

$KZ_{\text{кскг/кпп}}$ – Коэффициент относительной затратноёмкости по КСГ или КПП (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне) (**Приложение № 14**);

$KUS_{\text{мо}}$ – Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в круглосуточном стационаре в медицинской организации, в которой был пролечен пациент (**Приложения № 11, № 12**);

$КУ$ – 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 № 12**.

3.3.2. КСГ подразделяются на следующие группы: терапевтическая группа, хирургическая группа, комбинированная группа. Отнесение законченного случая лечения к конкретной группе КСГ осуществляется в соответствии с Инструкцией по группировке случаев, в том числе с правилами учета дополнительных классификационных критериев (**Приложение № 30** к настоящему Соглашению).

Перечень КСГ и их наполнение в соответствии с кодами МКБ-10 и кодами операций по номенклатуре услуг, являющихся основными критериями группировки, представлены в **Приложении № 31** к настоящему Соглашению.

В случае отсутствия кода МКБ-10 в Перечне КСГ согласно **Приложению № 31** к настоящему Соглашению, случай госпитализации включается в реестр счетов по КПП заболевания соответствующего профиля.

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

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

Данный подход не применяется для приведенных комбинаций КСГ согласно **Приложению №35**.

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

Значение КСЛП, перечень сочетанных (симультантных) операций и дополнительных критериев применения КСЛП представлены в таблице 2:

таблица 2

КСГ №1	КСГ № 2 или дополнительные критерии	Коэффициент сложности лечения пациента
1761480 «Лучевая терапия (уровень 2)», 1761490 «Лучевая терапия (уровень 3)».	A25.30.032 Назначение лекарственных препаратов при онкологических заболеваниях у взрослых	1,3
1771480 «Лучевая терапия (уровень 2)».	A 25.30.032.001 Назначение лекарственной терапии с применением моноклональных антител при онкологическом заболевании у взрослых	1,8
1771490 «Лучевая терапия (уровень 3)».	A 25.30.032.001 Назначение лекарственной терапии с применением моноклональных антител при онкологическом заболевании у взрослых	1,6
Для КСГ всех профилей (за исключением ВМП) при лечении детей до 4 лет	V04.070.090 Предоставление спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет)	1,05
Для КСГ всех профилей (за исключением ВМП) при лечении детей после достижения ими возраста 4 лет при наличии медицинских показаний	V04.070.091 Предоставление спального места и питания законному представителю ребенка после достижения им возраста 4 лет при наличии медицинских показаний	1,05

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

В случаях применения коэффициента сложности лечения пациента Перечень КСГ, их наполнение в соответствии с кодами МКБ-10 и кодами операций по номенклатуре услуг представлены в **Приложении № 34 к настоящему Соглашению**.

Управленческий коэффициент применяется:

1) при осуществлении лечения по КСГ №31 «Лекарственная терапия при остром лейкозе» дети в размере **0,985**;

2) при осуществлении лечения по КСГ №146 «Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов, протеинкиназы» в размере **0,972**;

3) при осуществлении лечения по КСГ №193 «Операции на сосудах (уровень 5)» в размере **0,953**.

3.3.6. Оплата стоимости лечения по КСГ/КПГ 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 .

3.3.7. Оплата прерванных, в том числе сверхкоротких, случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара осуществляется в зависимости от заболевания или длительности лечения пациента:

а) оплата за случай лечения осуществляется в размере 100% от стоимости КСГ/КПП, исчисленной в соответствии с тарифным соглашением, в соответствии с перечнем КСГ, установленным **Приложением № 36**;

б) оплата за случай лечения осуществляется в размере 80% от стоимости КСГ/КПП, исчисленной в соответствии с тарифным соглашением, в соответствии с перечнем КСГ, установленным **Приложением № 37**;

в) оплата за случаи лечения по КСГ/КПП, не вошедшим в **Приложения №36, № 37** осуществляется следующим образом:

- если фактическая длительность лечения составила 1 день, оплата осуществляется в размере 20% от стоимости соответствующей КСГ/КПП;

- если длительность пребывания больного составила 2-3 дня, оплата осуществляется в размере 40% от стоимости соответствующей КСГ/КПП

3.3.8. 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 коэффициентом, 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 2 «Осложнения беременности» и КСГ 4 «Родоразрешение» или КСГ 2 «Осложнения беременности» и КСГ 5 «Кесарево сечение») осуществляется в случае пребывания в отделение патологии беременности 6 дней и более.

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.

В случаях перевода пациентов из одного отделения в другое внутри ГБУЗ КО «Калужский областной клинический онкологический диспансер» оплата производится за лечение в каждом отделении отдельно по соответствующим КСГ/КПП.

3.3.9. 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;

- гемодиализации;

- гемодиализации продленной;
- гемодиализации продолжительной.

Оплата оказанных в условиях круглосуточного стационара медицинских услуг: гемодиализация продленная, гемодиализация продолжительная, осуществляется за единицу объема по тарифам согласно **Приложению № 15**.

3.3.11. Оплата медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» осуществляется в зависимости от длительности лечения пациента и размер оплаты составляет 100%, 70%, 40% или 20% тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с таблицей 3:

таблица 3

Условия оплаты медицинской реабилитации

№ КСГ	Наименование КСГ	20% от стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ	40% от стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ	70% от стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ	100% от стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ
307	Медицинская нейрореабилитация	от 1 к/дня до 8 к/дней включительно	от 9 к/дней до 14 к/дней включительно	от 15 к/дней до 19 к/дней включительно	от 20 к/дней и более
309	Медицинская реабилитация после перенесенных травм и операций на опорно-двигательной системе	от 1 к/дня до 7 к/дней включительно	от 8 к/дней до 11 к/дней включительно	от 12 к/дней до 16 к/дней включительно	от 17 к/дней и более
311	Медицинская реабилитация при других соматических заболеваниях	от 1 к/дня до 3 к/дней включительно	от 4 к/дней до 6 к/дней включительно	от 7 к/дней до 9 к/дней включительно	от 10 к/дней и более»

КСГ №№ 307, 309, 311 используются для оплаты медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», оказанной пациентам в раннем восстановительном периоде течения заболеваний или травм, переведенным на койки медицинской реабилитации непосредственно после лечения в круглосуточном стационаре по профилю основного заболевания.

Обязательным условием направления пациентов в отделение медицинской реабилитации является наличие перспективы восстановления утраченных (нарушенных) функций (реабилитационный потенциал), которая подтверждается результатами произведенных диагностических мероприятий (обследований), а также необходимости круглосуточного наблюдения и применения интенсивных методов лечения и реабилитации.

Критерием определения индивидуальной маршрутизации пациента на койку круглосуточного стационара является оценка его состояния по «Модифицированной шкале Рэнкин», соответствующая 3, 4, 5 баллам.

3.3.12. При нахождении больного в круглосуточном стационаре МО, допускается вызов бригады скорой медицинской помощи, при невозможности оказания экстренной

помощи пациенту в необходимом объеме медицинским персоналом данной медицинской организации.

Указанный вызов скорой медицинской помощи подлежит оплате СМО в пределах финансового обеспечения СМП на основе подушевого норматива (тарифа) на скорую медицинскую помощь ГБУЗ КО «Региональный центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф», ООО «Антониус Медвизион Калуга - Скорая помощь» и в пределах финансового обеспечения на основе подушевого норматива (тарифа) на скорую медицинскую помощь медицинских организаций, имеющих в своем составе отделения (станции) скорой медицинской помощи.

3.3.13. 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 3 744,30 рублей.

3.4. 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 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденной Постановлением Правительства РФ от 19.12.2016 № 1403 (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 № 16** 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 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 № 33** к настоящему Соглашению.

Оплата ВМП осуществляется по нормативам финансовых затрат в полном объеме при условии выполнения всех требований указанного выше Постановления Правительства РФ от 19.12.2016 № 1403 и Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2014 № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы».

3.5. Способы и порядок оплаты скорой медицинской помощи

3.5.1. 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 тромболизиса». Указанные вызовы подлежат оплате по установленному тарифу за каждый вызов дополнительно к подушевому нормативу СМП;

- вызовы выездной экстренной консультативной бригады скорой медицинской помощи.

3.5.2. Расчет подушевых нормативов для оплаты (финансового обеспечения) скорой медицинской помощи осуществляется в соответствии с Методикой расчета подушевых нормативов для оплаты скорой медицинской помощи (**Приложение № 39 к Соглашению**).

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 № 17 к Соглашению**).

3.5.3. 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:

$Од = Бч - Мв.$

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 № 19).

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 № 19).

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

Взаимодействие между участниками ОМС при осуществлении СМО межучрежденческих расчетов по СМП осуществляется согласно **Приложению № 38** к настоящему Соглашению.

3.5.4. Оплата скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой отделением экстренной консультативной скорой медицинской помощи, осуществляется по утвержденному в установленном порядке тарифу на основе дифференцированного подушевого норматива финансирования (далее - подушевой норматив ЭКСМП) на экстренную консультативную скорую медицинскую помощь.

3.5.5. Подушевой норматив для оказания ЭКСМП включает в себя плановые финансовые средства, утвержденные решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС на указанные цели.

3.5.6. Расчет подушевого норматива для ЭКСМП МО осуществляется в соответствии с Методикой расчета подушевых нормативов для скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой отделением экстренной консультативной скорой медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС (**Приложение № 40** к Соглашению).

Размер ежемесячного финансового обеспечения ЭКСМП определяется исходя из численности обслуживаемого ЭКСМП населения и подушевого норматива (**Приложение № 18** к Соглашению).

3.5.7. Финансово обеспечение ЭКСМП осуществляется по утвержденному в установленном порядке подушевому нормативу ЭКСМП на обслуживаемое население в соответствии с заключенными с МО договорами в следующем порядке:

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

- на выплату авансовых платежей в соответствии с заключенными между СМО и МО договорами на оказание и оплату медицинской помощи;
- на оплату предъявленного МО счета на сумму остаточного дохода с учетом выданного аванса.

2). Счет на оплату ЭКСМП от МО будет принят к оплате СМО при условии предъявления реестров счетов за оказанные медицинские услуги.

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

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

3.5.8. По тарифам ОМС не оплачивается привлечение бригад скорой медицинской помощи к дежурствам на культурно-массовых мероприятиях.

3.5.9. 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 523,40 рублей.

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

3.6.1. Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным СМО за пределами Калужской области, осуществляется в соответствии с разделом IX Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития от 28.02.2011 № 158н, договорами между Фондом и медицинскими организациями.

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

3.6.3. 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 № 6, № 7, № 8, № 9**),

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/КПП (стоимость законченного случая лечения определяется в соответствии с разделом 3.3 настоящего Соглашения),

г) при оплате скорой медицинской помощи по тарифам на вызов СМП (**Приложение №19**),

д) при оплате высокотехнологичной медицинской помощи по установленным федеральным нормативам финансовых затрат (стоимость законченного случая лечения определяется в соответствии с разделом 3.4 настоящего 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 настоящего Тарифного соглашения.

3.6.4. Счета и реестры счетов за оказанную медицинскую помощь гражданам, застрахованным СМО за пределами Калужской области, представляются для оплаты в Фонд в течение 10 рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи. На бумажном носителе предоставляются счета в 2-х экземплярах и реестры счетов (только для диспансеризации) заверенные печатью и подписями руководителя медицинской организации и главного бухгалтера. В электронном форме по сети Vipnet в адрес Фонда высылаются реестры счетов, подписанные в соответствии с Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи» простой электронной или неквалифицированной электронной подписью.

Счета (на бумажном носителе) и реестры счетов (в электронной форме) формируются отдельно по условиям оказания медицинской помощи (амбулаторно, в условиях дневных стационаров всех типов, в условиях круглосуточных стационаров, скорая медицинская помощь). Реестры счетов по диспансеризации формируются 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 03.02.2015 №36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Реестры счетов по медицинскому обследованию детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, формируются 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».

Счета на бумажном носителе формируются в соответствии с уведомлением, высланным Фондом (**Приложение № 41 к Соглашению**), после предоставления медицинской организацией электронного реестра счета по сети Vipnet в адрес специалиста отдела по межтерриториальным расчетам.

Реестр счетов в электронной форме должен содержать сведения в соответствии с приложением Е к приказу ФФОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

Реестр счетов в электронной форме, предъявленный к оплате за отчетный период, не может содержать более одного случая профосмотра для одного застрахованного.

Второй случай профосмотра может быть предъявлен к оплате дополнительным реестром счета.

3.6.5. Фонд принимает счета и реестры счетов медицинских организаций за лечение граждан, застрахованных СМО за пределами Калужской области, и в течение 25 рабочих дней с даты представления счета медицинской организацией производит оплату с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления

медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. При наличии претензий по отдельным случаям оказания медицинской помощи Фонд составляет Акт, в котором, 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», указываются позиции реестра счетов не принятые к оплате полностью или частично.

При наличии претензий по отдельным позициям реестра счетов у Фонда и/или территориального фонда, в адрес которого счет был направлен, Фонд запрашивает у медицинской организации медицинскую карту стационарного больного и/или медицинскую карту амбулаторного больного, а также иную медицинскую документацию, необходимую для проведения медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи.

В случае если в ходе медико-экономического контроля, проведенного Фондом, были выявлены нарушения (дефекты оказания медицинской помощи, технические ошибки и т.п. согласно **Приложению № 42** к настоящему Соглашению), то в медицинскую организацию по сети Vipnet направляется протокол обработки реестра счета, в котором указываются суммы и причины отказа отдельно по каждой позиции реестра счета.

Реестр счета может быть исправлен медицинской организацией и повторно представлен в адрес Фонда не позднее 7 рабочих дней со дня получения протокола обработки реестра счета. Предъявление дополнительных счетов и исправленных реестров счетов не допускается по истечении вышеуказанного срока.

После проведения медико-экономического контроля и/или медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, Фондом и/или территориальным фондом, в адрес которого был выставлен счет, в адрес медицинской организации формируется акт/акты медико-экономического контроля и протокол обработки реестра счета. В случае, если по отдельным позициям реестров счетов проводилась медико-экономическая экспертиза и/или экспертиза качества медицинской помощи, то экземпляры актов также передаются медицинской организации.

3.6.6. При невыполнении требований Фонда по оформлению счета за лечение граждан, застрахованных СМО за пределами Калужской области, в установленные сроки или в случае предъявления счета более чем через 14 рабочих дней следующих за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи Фонд вправе счет к оплате не принимать.

3.6.7. Не подлежит оплате за счет средств ОМС медицинская помощь, оказанная иногородним гражданам:

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 учебные заведения (код медицинского осмотра по МКБ-10 Z02.0),

- обращений в связи с получением медицинских документов (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;

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

3.7. Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам Калужской области в других субъектах 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 обязательного медицинского страхования, утвержденных Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н, Фонд принимает счета и реестры счетов за медицинскую помощь, оказанную гражданам, застрахованным СМО, действующими на территории Калужской области, в медицинских организациях других субъектов Российской Федерации.

Оплата предъявленных территориальными фондами ОМС счетов и реестров счетов осуществляется за счет средств нормированного страхового запаса Фонда.

3.8. Особенности оплаты медицинской помощи в сфере ОМС

3.8.1. 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.

3.8.2. 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 № 10 к настоящему Соглашению**).

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 производятся для МО в рамках медицинской помощи в условиях круглосуточных стационаров.

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

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

3.8.5. Медицинская помощь, оказанная в ООО «ЭСКО», подлежат оплате из средств ОМС при наличии направлений министерства здравоохранения Калужской области.

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

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

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

3.8.9. 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.

3.8.10. 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.

3.8.11. 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.

3.8.12. 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.

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

3.8.14. 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.

3.8.15. Особенностью межучрежденческих взаиморасчетов (Мв) за услугу «Флюорография легких на передвижном флюорографе (цифровая)» является осуществление оплаты по утвержденному тарифу только при проведении полного обследования пациентов МО, оказывающая медицинскую помощь лицам, прикрепленным к другим МО, с соблюдением участия при оказании данной услуги всех специалистов, предоставлением полного перечня услуг и всех необходимых расходных материалов. При отсутствии одной из составляющей тарифа на данную услугу взаиморасчеты, в рамках межучрежденческих, не осуществляются.

3.8.16. Индексация тарифов на оплату медицинской помощи в сфере ОМС производится на основании решения Комиссии в рамках утвержденного бюджета Фонда на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов.

3.9. Взаимодействие между участниками и субъектами ОМС

3.9.1. 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 (**Приложением № 43 к настоящему Соглашению**).

3.9.2. Медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере ОМС, оказывают плановую медицинскую помощь застрахованным гражданам на основании предъявленного ими страхового медицинского полиса ОМС или временного свидетельства и документа, удостоверяющего личность гражданина.

3.9.3. 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 (**Приложение № 44 к настоящему Соглашению**) 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.

3.9.4. 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».

3.9.5. Из средств ОМС оплачивается медицинская помощь в соответствии с Перечнем заболеваний и состояний по МКБ-10 (**Приложение № 45 к настоящему Соглашению**).

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

Объем финансирования СМО определяется Фондом в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

Для расчета коэффициентов дифференциации для каждой половозрастной группы принимаются данные о затратах на оплату медицинской помощи застрахованным лицам Калужской области за период с 01.11.2015 по 31.10.2016.

3.9.7. 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».

3.9.8. 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 № 46 к настоящему Соглашению**);

- отчет об использовании целевых средств ОМС (**Приложение № 47 к настоящему Соглашению**);

- справку о финансировании медицинских организаций из средств ОМС (**Приложение № 48 к настоящему Соглашению**);

- 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 № 49 к настоящему Соглашению**).

3.9.9. 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.

3.9.10. 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.

Оплата оказанных объемов медицинской помощи (по видам медицинской помощи) производится путем суммирования объемов и стоимости территориальной программы ОМС для МО предыдущих периодов и отчетного периода, т.е. нарастающим итогом с начала года по установленным тарифам, в пределах утвержденных Комиссией годовых объемов медицинской помощи и стоимости территориальной программы ОМС для МО по видам оказания медицинской помощи.

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

3.9.11. Медицинские организации не позднее 2-го числа месяца, следующего за отчетным, направляют в Фонд в электронном виде сводные персонифицированные реестры счетов оказанной медицинской помощи. При этом в реестр счетов может быть включена медицинская помощь, оказанная в месяце, предшествующем отчетному.

Сводные персонифицированные реестры счетов оказанной медицинской помощи предоставляются в Фонд в соответствии с Порядком информационного взаимодействия между участниками обязательного медицинского страхования (далее – Порядок). Сводный персонифицированный реестр счетов состоит из трех файлов формата DBF,

сформированных в соответствии с п.2 Порядка. Не допускается представление файлов, входящих в состав сводного персонифицированного реестра, разбитых на части.

В случае если 2-е число месяца приходится на выходной или нерабочий праздничный день, срок представления сводных персонифицированных реестров счетов оказанной медицинской помощи переносится на следующий после выходного или праздничного рабочий день.

Фонд в течение 2-х рабочих дней с даты получения реестра счетов оказанной медицинскими организациями медицинской помощи проводит мониторинг сводного персонифицированного реестра счетов оказанной медицинской помощи.

По результатам мониторинга Фондом оформляются и направляются в медицинские организации: протокол обработки сводного реестра счетов оказанной медицинской помощи, сведения о результатах мониторинга сводного реестра счетов медицинской помощи, сведения о выполнении плановых объемов и их стоимости за отчетный период нарастающим итогом с начала года.

3.9.12. 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.

3.9.13. 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».

3.9.14. СМО не позднее 20 числа месяца, следующего за отчетным, представляет в Фонд:

- прошедшие медико-экономический контроль и принятые к оплате персонифицированные реестры счетов оказанной медицинской помощи,
- реестр межучрежденческих взаиморасчетов между медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, за медицинскую помощь, оказанную в амбулаторно-поликлинических условиях за отчетный период (согласно таблице 7.1 **Приложения 43** к настоящему Соглашению),
- реестр межучрежденческих взаиморасчетов между медицинскими организациями – фондодержателями за скорую медицинскую помощь, оказанную населению, застрахованному СМО, за отчетный период (согласно Таблице 7.2 **Приложения 43** к настоящему Соглашению),
- реестр межучрежденческих взаиморасчетов между медицинскими организациями, оказывающими услуги по диспансеризации (профилактическим медицинским осмотрам по законченному случаю) за отчетный период (согласно Таблице 7.3 **Приложения 43** к настоящему Соглашению),
- в соответствии с **приложением № 43** к Тарифному соглашению персонифицированные реестры счетов оказанной медицинской помощи, прошедшие медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи с указанием результатов проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в течение месяца.

3.9.15. 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 №50 к настоящему Соглашению**.

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 и соответствующих санкциях согласно **Приложению № 34**.

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, Приказу Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» 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 или договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, 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 № 34**.

Общий размер санкций, применяемых к медицинским организациям, рассчитывается в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

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 состав 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 2017 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-№42.

Министр здравоохранения Калужской области

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

/ К.Н.Баранов
« » января 2017г.

Директор Филиала
АО «МАКС-М» в г. Калуге

248000, г. Калуга, ул. Карпова, д. 13
Тел. (484-2) 50-96-88, факс 56-57-51

/ Н.А. Чурсина
« » января 2017 г.

Председатель Калужской областной
организации Профсоюза работников
здравоохранения РФ

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

/ Д.И. Галкина
« » января 2017 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

/ М.В.Тарасова
« » января 2017 г.

Президент Калужской областной
общественной организации «Врачи
Калужской области»

248023, г. Калуга, ул. Степана Разина, д. 1
Тел./факс (484-2) 57-56-69

/ Е.Н. Алешина
« » января 2017 г.