

Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Ульяновской области на 2018 год

г. Ульяновск

«26» декабря 2017 года

Министерство здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области в лице Министра здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области Р.А. Абдуллова и директора департамента организации медицинской помощи А.И. Лазарева,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ульяновской области в лице директора В.В. Смирнова и заместителя директора по организации ОМС Т.Я. Водкиной,

Страховые медицинские организации, работающие в системе обязательного медицинского страхования Ульяновской области в лице директора филиала ООО «РГС - Медицина» - «Росгосстрах – Ульяновск – Медицина» Л.В. Мухаметшиной и директора филиала ООО ВТБ Медицина в Ульяновской области Е.В. Бараненковой,

Ульяновская областная организация профессионального союза работников здравоохранения РФ в лице председателя С.А. Свириной и заведующего отделом социальной защиты, правовой инспектор труда ЦК Профсоюза по Ульяновской области Н.Е. Мальцевой,

Некоммерческое партнерство содействия развитию здравоохранения «Медицинская палата Ульяновской области» в лице председателя В.В. Корнева,

Ассоциация врачей Ульяновской области в лице председателя Т.А. Кабаковой,

медицинские организации, в лице главного врача ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова» В.П. Демина и в лице главного врача ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» И.И. Мидленко,

именуемые в дальнейшем Сторонами, в соответствии с частью 2 статьи 30 Федеральным законом Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и на основании протокола заседания Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ульяновской области № 68 от 26.12.2017, заключили настоящее Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Ульяновской области на 2018 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

Раздел 1 «Общие положения»

Тарифное соглашение разработано в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, Положением о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденными прика-

зом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н, Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230, Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 08.12.2017 № 1492, Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ульяновской области на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов, утвержденной постановлением Правительства Ульяновской области от 26.12.2017 № 680-П, протокола заседания Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ульяновской области № 68 от 26.12.2017, приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

Предметом Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – тарифы по ОМС) и порядок их применения на территории Ульяновской области.

Настоящее Тарифное соглашение регулирует правоотношения сторон, а также медицинских организаций, возникающие при реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Ульяновской области на 2018 год (далее – Территориальная программа ОМС). Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС (далее – медицинские организации) установлен Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на территории Ульяновской области на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов, утвержденной постановлением Правительства Ульяновской области от 26.12.2017 № 680-П.

Тарифы по ОМС применяются медицинскими организациями для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с Территориальной программой ОМС застрахованным лицам на территории Ульяновской области, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями застрахованным лицам на территории иных субъектов Российской Федерации, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями застрахованным лицам на территории Ульяновской области в рамках Территориальной программы ОМС, осуществляется СМО, заключившими договоры о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования с ТФОМС Ульяновской области, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями застрахованным лицам на территории иных субъектов Российской Федерации в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, осуществляется ТФОМС Ульяновской области в соответствии с действующим законодательством.

Тарифное соглашение устанавливает порядок применения тарифов по ОМС в медицинских организациях, а также ответственность за несоблюдение условий оказания медицинской помощи, ее оплаты и порядка использования средств ОМС в медицинских организациях.

Основными целями настоящего Тарифного соглашения являются:

- предоставление жителям Ульяновской области равных условий в получении качественной, доступной, бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС;

- приведение в соответствие плановых затрат страховых медицинских организаций на оплату оказанной медицинской помощи застрахованным гражданам медицинскими организациями, входящими в систему ОМС, и объёмно-финансовых нормативов территориальной программы ОМС.

В настоящем Тарифном соглашении используются следующие термины и определения:

Тарифы - тарифы на оплату медицинской помощи, рассчитываемые в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе правил обязательного медицинского страхования, и включающие в себя статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Застрахованные лица – граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со ст. 13.5 Федерального закона от 25.07.2002 №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 № 4528-1 «О беженцах».

Медицинская организация (МО) - медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы ОМС Ульяновской области.

Страховая медицинская организация (СМО) - страховая медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы ОМС и заключившая договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования с ТФОМС Ульяновской области.

Подушевой норматив - финансовый норматив на одно застрахованное лицо, используемый при оплате амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи.

Дифференцированный подушевой норматив – финансовый норматив на одно застрахованное лицо, предусматривающий различия в затратах на оказание медицинской помощи по отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола и возраста.

Законченный случай лечения в амбулаторно-поликлинических условиях - объем медицинской помощи в рамках соответствующего стандарта медицинской помощи по одному профилю, диагнозу – медицинская услуга, посещение, обращение.

Законченный случай лечения в стационарных условиях, в условиях дневного стационара - ограниченный временным интервалом объем медицинской

помощи (случай госпитализации), оказанный пациенту по основному заболеванию в медицинской организации.

Реестры – персонифицированные реестры счетов оказанной медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы ОМС. Реестры передаются из МО в СМО и ТФОМС Ульяновской области в бумажном и электронном виде.

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

Раздел 2 «Способы оплаты медицинской помощи»

2.1. Общие принципы и условия применения тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

2.1.1. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – тарифы по ОМС) в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций (далее - СМО), участвующих в сфере обязательного медицинского страхования Ульяновской области, оплачивающих медицинскую помощь в рамках Территориальной программы ОМС.

Тарифы по ОМС дифференцируются по видам и условиям оказания медицинской помощи, по профилям медицинской помощи и по категориям населения (взрослое, детское).

2.1.2. Тарифы по ОМС применяются в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ульяновской области на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов, утвержденной постановлением Правительства Ульяновской области от 26.12.2017 № 680-П 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, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

При формировании реестров по законченным случаям оказания медицинской помощи применяются тарифы по ОМС, действующие на дату

окончания лечения.

Тарифы по ОМС могут корректироваться с учетом изменения финансового обеспечения Территориальной программы ОМС.

2.1.3. Тарифы по ОМС формируются с учетом нормативов объема медицинской помощи, финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и подушевого норматива финансового обеспечения, и включают виды затрат (расходов), установленных Территориальной программой ОМС.

Тарифы оплаты медицинской помощи:

- тарифы утверждаются единые для детей и взрослых – для скорой медицинской помощи - по вызовам скорой медицинской помощи (врачебная специализированная бригада, врачебная бригада, фельдшерская бригада, вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии);

- тарифы для амбулаторно-поликлинической медицинской помощи на 1 посещение с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях - по врачебным специальностям, по специальностям средних медицинских работников на самостоятельном приёме вместо врача в поликлинике;

- тарифы на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме (врачебная – в поликлинике и на дому; доврачебная – в поликлинике и на дому) в амбулаторных условиях;

- тарифы на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях - по врачебным специальностям, по специальностям средних медицинских работников на самостоятельном приёме вместо врача;

- тарифы за законченный случай диспансеризации определенных групп взрослого и детского населения;

- тарифы медицинской помощи, оказываемой Центрами здоровья при проведении комплексного обследования и повторного посещения;

- тарифы стоматологической помощи в условных единицах трудоемкости (далее – УЕТ);

- тарифы на отдельные медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях;

- тарифы для стационарозамещающих видов медицинской помощи - по законченному случаю лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ/КПГ);

- тарифы для стационарной медицинской помощи - по законченному случаю лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ/КПГ);

- тарифы на услуги диализа, оказываемые в условиях круглосуточного стационара (только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации).

2.1.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях Ульяновской области лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, осуществляется по видам, условиям и формам, включенным в базовую программу ОМС, по способам, тарифам, действующим на территории Ульяновской области.

2.1.5. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные

территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ульяновской области (далее - Комиссия) между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи.

2.1.6. Комиссия рассматривает предложения по перераспределению установленных объемов предоставления медицинской помощи не реже, чем 1 раз в месяц.

В целях оценки исполнения плановых объемов медицинской помощи медицинские организации определяют квартальную и месячную долю объемов медицинской помощи и осуществляют мониторинг их выполнения.

Результаты мониторинга учитываются при формировании Заявки на изменение объемов медицинской помощи медицинских организаций.

Годовой план объемов медицинской помощи может распределяться медицинской организацией по кварталам, в том числе с учётом сезонного характера потребления медицинской помощи.

2.1.7. Финансовые средства обязательного медицинского страхования, предназначенные для оплаты медицинской помощи, аккумулируются в ТФОМС Ульяновской области.

ТФОМС Ульяновской области производит финансирование СМО по дифференцированному подушевому нормативу финансового обеспечения, которые из полученных средств оплачивают медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями в рамках Территориальной программы ОМС.

2.1.8. Медицинские организации, работающие в сфере ОМС, используют тарифы по ОМС на медицинскую помощь, утвержденные в установленном порядке и применяют их для определения стоимости оказанной медицинской помощи и формирования реестров счетов и счетов, которые предоставляются СМО или ТФОМС Ульяновской области.

2.1.9. Медицинские организации формируют и направляют реестры четов и счетов в те страховые медицинские организации, где застрахован гражданин.

В случае если гражданин сменил в течение периода лечения страховую медицинскую организацию, оплату производит СМО, застраховавшая гражданина на дату окончания лечения.

В случае если пациент не был застрахован на дату начала лечения, оплату производит СМО, застраховавшая гражданина на дату окончания лечения.

2.1.10. Счета и реестры счетов за оказанную медицинскую помощь формируются в медицинских организациях на бумажном носителе заверенные печатью и подписанные руководителем и главным бухгалтером и/или в электронном виде, подписанные электронной цифровой подписью в соответствии с действующим законодательством.

2.1.11. Счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи представляются медицинскими организациями в СМО в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

2.1.12. СМО производят оплату предъявленных счетов и реестров счетов за

оказанную медицинскую помощь медицинскими организациями из полученных от ТФОМС Ульяновской области финансовых средств в соответствии с установленным способом оплаты медицинской помощи по утвержденным тарифам ОМС, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

2.1.13. Оплата реестров счетов и счетов производится СМО в следующем порядке:

2.1.13.1. В срок до 28 числа текущего месяца СМО предоставляет в ТФОМС заявку на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (далее - Заявка на авансирование) на основании заявки на авансирование медицинской помощи, представляемой медицинской организацией в СМО в срок до 10 числа текущего месяца. В течение 1 рабочего дня СМО информирует ТФОМС Ульяновской области о произведённом авансировании с указанием даты и реквизитов платёжных поручений.

2.1.13.2. В срок до 28 числа месяца, следующего за отчетным, СМО предоставляет в ТФОМС заявку на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь (далее – Заявка) за отчетный месяц. ТФОМС в течение трёх рабочих дней со дня получения Заявки направляет средства на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования за отчетный месяц в СМО. Соответственно СМО производит финансирование медицинских организаций по окончательному расчету в течение трёх рабочих дней после получения целевых средств от ТФОМС.

2.1.13.3. При нехватке средств на оплату медицинской помощи СМО имеют право обратиться в ТФОМС Ульяновской области за предоставлением целевых средств из нормированного страхового запаса, в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса ТФОМС, установленным приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 227 «О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования». При обращении СМО в ТФОМС Ульяновской области за предоставлением целевых средств сверх установленного объёма средств на оплату медицинской помощи из нормированного страхового запаса, связанных с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту, СМО предоставляется отчет об использовании целевых средств и ТФОМС Ульяновской области в течение 10 рабочих дней со дня обращения СМО проводит проверку в целях установления причин недостатка целевых средств у СМО и не позднее 5 рабочих дней со дня окончания проверки при отсутствии оснований, предусмотренных частью 9 статьи 38 Федерального закона от 29.10.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», принимает решение о предоставлении или об отказе в предоставлении СМО недостающих средств для оплаты медицинской помощи из нормированного страхового запаса ТФОМС Ульяновской области.

2.1.13.4. Оплата конкретной медицинской организации медицинской помощи, оказанной в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, входящих в Территориальную программу ОМС, осуществляется при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию,

заключенного между страховой медицинской организацией и медицинской организацией.

2.1.14. Оплата II этапа диспансеризации осуществляется по тарифам на посещения с профилактической и иными целями (**Приложение №1**) по специальностям тех врачей, которые участвовали в консультировании в рамках проведения данного этапа диспансеризации, а также по тарифам на отдельно выделенные медицинские услуги (**Приложение №6**), в случаях их проведения.

2.1.15. Средства ОМС используются медицинскими организациями по целевому назначению в соответствии со структурой утвержденного тарифа по ОМС.

2.2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

2.2.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, включающий следующие разделы:

2.2.1.1. Медицинские организации, имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай):

№ п/п	НАИМЕНОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
1	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА Г. УЛЬЯНОВСКА"
2	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2"
3	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №3
4	НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ОТДЕЛЕНЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТАНЦИИ УЛЬЯНОВСК" ОТКРЫТОГО АКЦИОНЕРНОГО ОБЩЕСТВА "РОССИЙСКИЕ ЖЕЛЕЗНЫЕ ДОРОГИ"
5	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ГОРОДА УЛЬЯНОВСКА"
6	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №1 ИМ.С.М.КИРОВА
7	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 3
8	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 4"
9	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 5"
10	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 6
11	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "БАРЫШСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
12	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЕШКАЙМСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
13	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ИНЗЕНСКАЯ РАЙОН-

	НАЯ БОЛЬНИЦА "
14	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАРСУНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
15	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "КУЗОВАТОВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА "
16	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "МАЙНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА "
17	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "НИКОЛАЕВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА "
18	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "НОВОМАЛЫКЛИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА "
19	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "НОВОСПАССКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА "
20	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ПАВЛОВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА ИМЕНИ ЗАСЛУЖЕННОГО ВРАЧА РОССИИ А.И. МАРЬИНА "
21	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РАДИЩЕВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
22	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "СЕНГИЛЕЕВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА "
23	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "СТАРОКУЛАТКИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА "
24	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "СТАРОМАЙНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА "
25	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУРСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
26	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ТЕРЕНЬГУЛЬСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА "
27	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "УЛЬЯНОВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА "
28	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "НОВОУЛЬЯНОВСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. А.Ф. АЛЬБЕРТ "
29	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БОЛЬШЕНАГАТКИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
30	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ЧЕРДАКЛИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА "
31	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВО-МАЙНСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА
32	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МУЛЛОВСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА
33	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИКОЛЬСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА
34	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЯЗАНОВСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА
35	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗЕРНОСОВХОЗСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА
36	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТИИНСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА
37	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТАРОСАХЧИНСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА
38	ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 172 ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНСТВА "
39	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ЦЕНТРАЛЬНАЯ КЛИ-

	НИЧЕСКАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ ИМЕНИ ЗАСЛУЖЕННОГО ВРАЧА РОССИИ В.А.ЕГОРОВА"
40	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1"(ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР)
41	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БАЗАРНОСЫЗГАНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА

2.2.1.2. Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай):

№ п/п	НАИМЕНОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
1	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА"
2	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ОБЛАСТНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР"
3	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР
4	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР"
5	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМЕНИ ПОЛИТИЧЕСКОГО И ОБЩЕСТВЕННОГО ДЕЯТЕЛЯ Ю.Ф.ГОРЯЧЕВА"
6	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "УЛЬЯНОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН"
7	ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "УЛЬЯНОВСКИЙ ИНСТИТУТ ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ ИМЕНИ ГЛАВНОГО МАРШАЛА АВИАЦИИ Б.П. БУГАЕВА"
8	ФЕДЕРАЛЬНОЕ КАЗЁННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ"
9	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "АЛЬЯНС КЛИНИК ПЛЮС"
10	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ДЕТСКАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1"
11	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ОБЛАСТНОЙ ВРАЧЕБНО-ФИЗКУЛЬТУРНЫЙ ДИСПАНСЕР"
12	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "УЛЬЯНОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИМЕНИ ЗАСЛУЖЕННОГО ВРАЧА РОССИИ Е.М.ЧУЧКАЛОВА "
13	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ФРЕЗЕНИУС НЕФРОКЕА"
14	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ВЕРБРИ+"
15	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "СТОМАТОЛОГИЯ БЕЛЫЙ НОСОРОГ"
16	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "АЛЬФАДЕНТ-УЛЬЯНОВСК"
17	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ПРЕМЬЕР-ДЕНТ"
18	ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА ГОРОДА УЛЬЯНОВСКА"

19	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР МЕЖДУНАРОДНОГО ИНСТИТУТА БИОЛОГИЧЕСКИХ СИСТЕМ - УЛЬЯНОВСК"
20	ОТКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО "ПРОЕКТЫ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ"
21	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "УРОКЛИНИКА"
22	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ПАНАЦЕЯ"
23	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "МЕД-ПРОФИ"
24	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ВЕРБРИ"
25	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "НЕФРОЛАЙН - ДМГ"
26	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ВМ ДИАГНОСТИК"
27	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "АРТ-ДЕНТ"
28	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "УЛЬЯНОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ПОСТРАДАВШИМ ОТ РАДИАЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ. И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ"
29	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "КОНСИЛИУМ"
30	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ЛАУС ДЕО"
31	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЗАБОТА"
32	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "КЛИНИЧЕСКАЯ СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г.УЛЬЯНОВСКА"
33	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА"
34	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "УРАЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР"
35	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ДИСТАНЦИОННАЯ МЕДИЦИНА"
36	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ВМ ПРОФМЕД"
37	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ВМ КЛИНИК"
38	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "КЛИНИКУМ"
39	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "МЕДОЗОН"
40	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ ЦЕНТР КОСМЕТОЛОГИИ "БЬЮТИМЕД"
41	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР АКАДЕМИЯ"
42	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "СИТИЛАБ"
43	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ТОМОГРАФ"
44	ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ - ФЕДЕРАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ БИОФИЗИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ИМЕНИ А.И.БУРНАЗЯНА "
45	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ФАРМЛАЙН - ВОЛГА ""
46	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "АЛЬЯНС КЛИНИК СВЯГА"
47	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "АЛЬЯНС КЛИНИК ЛАБ"
48	ФИЛИАЛ № 4 ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО КАЗЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ "428 ВОЕННЫЙ ГОСПИТАЛЬ" МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
49	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ПОВОЛЖСКИЙ ПАРТНЕР"

2.2.2. Оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение, подлежат посещения и обращения к врачу-терапевту участковому, врачу-педиатру участковому, врачу общей практики (семейному врачу), врачу медицинского кабинета и/или здравпунктов дошкольно-школьных образовательных учреждений (далее - врач ДШО), узких специалистов (за исключением травматологов в травмпункте).

В расчет подушевого норматива также заложено проведение необходимых параклинических исследований.

При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи предельный размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{ПРЕД}} = \Phi ДПн^i \times Чз^{\text{ПР}}, \text{ где:}$$

$\Phi O_{\text{ПРЕД}}$ - предельный размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, рублей;

$Чз^{\text{ПР}}$ - численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации, человек (**Приложение № 21**).

Фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, не имеющей прикрепившихся лиц, складывается исходя из фактически оказанных объемов медицинской помощи:

$$\Phi O_{\text{ФАКТ}} = \sum (O_{\text{МП}} \times T_i), \text{ где:}$$

$\Phi O_{\text{ФАКТ}}$ - фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, не имеющей прикрепившихся лиц, рублей;

$O_{\text{МП}}$ - фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, посещений (обращений);

T_i - тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц (далее - подушевой норматив) не включаются:

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;
- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;
- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;
- расходы на оплату стоматологической помощи;
- расходы на оплату медицинских услуг в Центрах здоровья;
- расходы на оплату медицинских услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам;
- расходы на оплату консультативных приемов;

- расходы на оплату медицинских услуг застрахованным лицам, не прикрепленным к медицинским организациям;
- расходы на медицинскую помощь, оказываемую травматологами в травмпунктах;
- расходов на оплату медицинских услуг лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

Подушевой норматив финансирования включает финансовые средства на оплату собственной деятельности МО, а также средства на оплату внешних услуг, оказанных в амбулаторных условиях прикрепленным к МО лицам МО - Исполнителями.

При подушевом финансировании МО устанавливается размер финансовых средств, предназначенных для финансирования оказания медицинской помощи по ОМС прикрепившихся к МО застрахованных лиц, и учитываются различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам населения в зависимости от пола, возраста.

Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, не имеющей прикрепленного населения осуществляется из общего среднедушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи, сформированного страховыми медицинскими организациями.

Оплате амбулаторной медицинской помощи из средств ОМС подлежат обращения, посещения, в том числе на дому, с лечебно-диагностической целью, в том числе консультации специалистов, с профилактической целью (законченные случаи диспансеризации, профилактических осмотров и др.), посещения с иными целями, в том числе оказание неотложной медицинской помощи, отдельно выделенные медицинские услуги, а также стоматологическая помощь.

Оплата амбулаторной помощи производится по тарифам на амбулаторную медицинскую помощь в разрезе специальностей, видов посещений, взрослого и детского населения, по законченному случаю и комплексному обследованию.

Оплата за оказанную медицинскую помощь медицинскими организациями осуществляется в пределах распределенных объемов медицинской помощи по представленным в страховые медицинские организации счетам и реестрам счетов, по тарифам за посещение, законченный случай (обращение) и за медицинскую услугу.

Счет и реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, заполняется на основании «Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма № 025-1/у) и представляется ежемесячно на оплату в СМО.

Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, оплачивается как одно посещение.

Медицинская помощь, оказанная в приемном отделении стационара больным, которые в последствии не госпитализированы, оплачивается по утвержденному тарифу за соответствующую отдельно выделенную услугу в амбулаторных условиях, на основании записей в картах больных приемного отделения в журналах приема и отказа в госпитализации.

**Перечень медицинских организаций
по категориям при оказании медицинской помощи в приемном отделении
стационара без дальнейшей госпитализации (взрослые, дети)**

№ п/п	Наименование медицинской организации	Категория
1	ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»	2
2	ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»	2
3	ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»	2
4	ГУЗ «Городская клиническая больница № 1» (Перинатальный центр)	2
5	ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть»	2
6	ГУЗ «Детская городская клиническая больница г. Ульяновска»	2
7	ГУЗ «Областная детская инфекционная больница»	2
8	ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи»	2
9	ФГБУЗ «Клиническая больница № 172 Федерального медико-биологического агентства»	2
10	ГУЗ «Городская больница №3»	1
11	ГУЗ «Барышская центральная районная больница»	1
12	ГУЗ «Базарносызганская центральная районная больница»	1
13	ГУЗ «Вешкаймская центральная районная больница»	1
14	ГУЗ «Инзенская центральная районная больница»	1
15	ГУЗ «Карсунская центральная районная больница»	1
16	ГУЗ «Кузоватовская центральная районная больница»	1
17	ГУЗ «Майнская центральная районная больница»	1
18	ГУЗ «Николаевская центральная районная больница»	1
19	ГУЗ «Новомалыклинская центральная районная больница»	1
20	ГУЗ «Новоспасская центральная районная больница»	1
21	ГУЗ «Павловская центральная районная больница»	1
22	ГУЗ «Радищевская центральная районная больница»	1
23	ГУЗ «Сенгилеевская центральная районная больница»	1
24	ГУЗ «Старокулаткинская центральная районная больница»	1
25	ГУЗ «Старомайнская центральная районная больница»	1
26	ГУЗ «Сурская центральная районная больница»	1
27	ГУЗ «Тереньгульская центральная районная больница»	1
28	ГУЗ «Ульяновская центральная районная больница»	1
29	ГУЗ «Новоульяновская городская больница им. А.Ф. Альберт»	1
30	ГУЗ «Большенагаткинская центральная районная больница»	1
31	ГУЗ «Чердаклинская центральная районная больница»	1

32	ГУЗ «Ново-Майнская городская больница»	1
33	ГУЗ «Мулловская участковая больница»	1
34	ГУЗ «Рязановская участковая больница»	1
35	ГУЗ «Зерносовхозская участковая больница»	1
36	ГУЗ «Тиинская участковая больница»	1

В случаях длительного лечения (от 1 до 12 месяцев) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю травматология-ортопедия, а также наблюдения за течением нормальной беременности в условиях женской консультации допустимо один законченный случай разбивать на несколько обращений с периодичностью не чаще одного раза в месяц. Одно обращение должно включать не менее двух посещений по поводу основного заболевания (состояния).

Выдача близким умершего в амбулаторных условиях врачебного свидетельства о смерти или фельдшерской справки о смерти не являются страховыми случаями и не оплачиваются за счет средств обязательного медицинского страхования.

При оказании стоматологической помощи оплате подлежат условные единицы трудоемкости (УЕТ) по тарифам по ОМС.

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях по тарифам с учетом УЕТ основана на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение. При этом для планирования объема финансовых средств на оплату стоматологической помощи в амбулаторных условиях учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении (взрослые) 2,9, в одном посещении (дети) 2,7.

Среднее количество УЕТ в одном обращении для взрослого населения равно:
 $CP_{K УЕТ ОБ} = 2,9 * 2,6 = 7,54$ УЕТ;

Среднее количество УЕТ в одном обращении для детского населения равно:
 $CP_{K УЕТ ОБ} = 2,7 * 2,6 = 7,02$ УЕТ.

**Классификатор основных медицинских услуг
и среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для
обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной
медико - санитарной специализированной стоматологической помощи
в амбулаторных условиях**

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба (ФЗ)	0,35	0,35
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	0,61	0,61
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	0,76	0,76
B01.003.004.002	Проводниковая анестезия	0,96	0,96
B01.003.004.004	Аппликационная анестезия	0,31	0,31
B01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	0,5	0,5
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,93	0,93

A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	0,75	0,75
A06.07.003	Прицельная внутривидовая контактная рентгенография	0,75	0,75
A11.07.026	Взятие образца биологического материала из очагов поражения органов рта	1,12	1,12
A11.01.019	Получение соскоба с эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек	1,12	1,12
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных препаратов в челюстно-лицевую область	1,1	1,1
A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов	0,25	0,25
A05.07.001	Электроодонтометрия зуба (ФЗ)	0,42	0,42
B01.064.003	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный		1,95
B01.064.004	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный		1,37
B04.064.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского		1,19
B01.065.007	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	1,68	1,95
B01.065.008	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный	1,18	1,37
B04.065.005	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	1,25	1,19
B01.065.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный	1,68	
B01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	1,18	
B04.065.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	1,25	
B01.065.003	Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный	1,68	1,95
B01.065.004	Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный	1,18	1,37
B04.065.003	Диспансерный прием (осмотр, консультация) зубного врача	1,25	1,19
B01.065.005	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического первичный	1,5	1,5
B01.065.006	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического повторный	0,9	0,9
A03.07.001	Люминесцентная стоматоскопия (ФЗ)	0,63	0,63
A11.07.010	Введение лекарственных препаратов в пародонтальный карман (ФЗ)	0,99	0,99
A11.07.022	Аппликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта	0,45	0,45
A16.07.051	Профессиональная гигиена полости рта и зубов ¹	2	2
A16.07.082	Сошлифовывание твердых тканей зуба (ФЗ)	0,25	0,25
A11.07.023	Применение метода серебрения зуба (ФЗ)	0,88	0,88
A15.07.003	Наложение лечебной повязки при заболеваниях слизистой оболочки полости рта и пародонта в области одной челюсти	2	2

A16.07.002.001	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием стоматологических цементов (ФЗ) ²	1,53	1,53
A16.07.002.002	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения (ФЗ) ²	1,95	1,95
A16.07.002.003	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием стоматологических цементов (ФЗ) ²	1,85	1,85
A16.07.002.004	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения (ФЗ) ²	2,5	2,5
A16.07.002.005	Восстановление зуба пломбой пломбой IV класс по Блэку с использованием стеклоиномерных цементов (ФЗ) ²	2,45	2,45
A16.07.002.006	Восстановление зуба пломбой пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения (ФЗ) ²	3,25	3,25
A16.07.002.007	Восстановление зуба пломбой из амальгамы I, V класс по Блэку (ФЗ) ²	1,95	1,95
A16.07.002.008	Восстановление зуба пломбой из амальгамы II класс по Блэку (ФЗ) ²	2,33	2,33
A16.07.002.010	Восстановление зуба пломбой I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров (ФЗ) ²	3,35	3,35
A16.07.002.011	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров (ФЗ) ²	3,75	3,75
A16.07.002.012	Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров (ФЗ) ²	4	4
A16.07.002.009	Наложение временной пломбы (ФЗ)	1,25	1,25
A16.07.091	Снятие временной пломбы (ФЗ)	0,25	0,25
A16.07.092	Трепанация зуба, искусственной коронки (ФЗ)	0,48	0,48
A16.07.008.001	Пломбирование корневого канала зуба пастой (ФЗ)	1,16	1,16
A16.07.008.002	Пломбирование корневого канала зуба гуттаперчевыми штифтами (ФЗ)	1,7	1,7
A11.07.027	Наложение девитализирующей пасты (ФЗ)	0,03	0,03
A16.07.009	Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы) (ФЗ)	0,21	0,21
A16.07.010	Экстирпация пульпы (ФЗ)	0,46	0,46
A16.07.019	Временное шинирование при заболеваниях пародонта ³	1,98	1,98
A16.07.020.001	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба ручным методом (ФЗ) ⁴	0,32	0,32
A16.07.025.001	Избирательное полирование зуба (ФЗ)	0,2	0,2
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба ⁴	0,2	0,2
A16.07.030.001	Инструментальная и медикаментозная обработка хорошо проходимого корневого канала (ФЗ)	0,92	0,92
A16.07.030.002	Инструментальная и медикаментозная обработка плохо проходимого корневого канала (ФЗ)	1,71	1,71
A16.07.030.003	Временное пломбирование лекарственным препаратом корневого канала (ФЗ)	0,5	0,5

A16.07.039	Закрытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба (ФЗ) ⁴	0,31	0,31
A16.07.082.001	Распломбировка корневого канала ранее леченного пастой (ФЗ)	2	2
A16.07.082.002	Распломбировка одного корневого канала ранее леченного фосфатцементом/резорцин-формальдегидным методом (ФЗ)	3,55	3,55
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	1,4	1,4
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	1,08	1,08
A11.03.003	Внутрикостное введение лекарственных препаратов	0,82	0,82
A15.03.007	Наложение шины при переломах костей ⁵	6,87	6,87
A15.03.011	Снятие шины с одной челюсти	1,43	1,43
A15.04.002	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов	2,55	2,55
A15.07.001	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) зубов	2,96	2,96
A11.07.001	Биопсия слизистой полости рта	1,15	1,15
A11.07.002	Биопсия языка	1,15	1,15
A11.07.005	Биопсия слизистой преддверия полости рта	1,15	1,15
A11.07.007	Биопсия тканей губы	1,15	1,15
A11.07.008	Пункция кисты полости рта	0,91	0,91
A11.07.009	Бужирование протоков слюнных желез	3,01	3,01
A11.07.013	Пункция слюнной железы	0,91	0,91
A11.07.014	Пункция тканей полости рта	0,91	0,91
A11.07.015	Пункция языка	0,91	0,91
A11.07.016	Биопсия слизистой ротоглотки	1,15	1,15
A11.07.018	Пункция губы	0,91	0,91
A11.07.019	Пункция патологического образования слизистой преддверия полости рта	0,91	0,91
A11.07.020	Биопсия слюнной железы	1,15	1,15
A15.01.003	Наложение повязки при операции в челюстно-лицевой области	1,06	1,06
A15.07.002	Наложение повязки при операциях в полости рта	1,06	1,06
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани ⁶	1,3	1,3
A16.01.008	Сшивание кожи и подкожной клетчатки ⁷	0,84	0,84
A16.07.097	Наложение шва на слизистую оболочку рта	0,84	0,84
A16.01.012	Вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса)	2	2
A16.01.016	Удаление атеромы	2,33	2,33
A16.01.030	Иссечение грануляции	2,22	2,22
A16.04.018	Вправление вывиха сустава	1	1
A16.07.095.001	Остановка луночного кровотечения без наложения швов методом тампонады	1,25	1,25
A16.07.095.002	Остановка луночного кровотечения без наложения швов с использованием гемостатических материалов	1	1
A16.07.001.001	Удаление временного зуба (ФЗ)	1,01	1,01
A16.07.001.002	Удаление постоянного зуба (ФЗ)	1,55	1,55

A16.07.001.003	Удаление зуба сложное с разъединением корней (ФЗ)	2,58	2,58
A16.07.024	Операция удаления ретинированного, дистопированного или сверхкомплектного зуба (ФЗ)	3	3
A16.07.040	Лоскутная операция в полости рта ⁸	2,7	2,7
A16.07.007	Резекция верхушки корня	3,78	3,78
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления в полости рта	1	1
A16.07.012	Вскрытие и дренирование одонтогенного абсцесса	0,97	0,97
A16.07.013	Отсроченный кюретаж лунки удаленного зуба (ФЗ)	1,03	1,03
A16.07.014	Вскрытие и дренирование абсцесса полости рта	2,14	2,14
A16.07.015	Вскрытие и дренирование очага воспаления мягких тканей лица или дна полости рта	2,41	2,41
A16.07.016	Цистотомия или цистэктомия (ФЗ)	3,89	3,89
A16.07.017.002	Коррекция объема и формы альвеолярного отростка (ФЗ) ⁹	1,22	1,22
A16.07.026	Гингивэктомия	4,3	4,3
A16.07.089	Гингивопластика	4,3	4,3
A16.07.038	Открытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба ⁴	1	1
A16.07.042	Пластика уздечки верхней губы	2,1	2,1
A16.07.043	Пластика уздечки нижней губы	2,1	2,1
A16.07.044	Пластика уздечки языка	1	1
A16.07.096	Пластика перфорации верхнечелюстной пазухи	4	4
A16.07.008.003	Закрытие перфорации стенки корневого канала зуба	1,8	1,8
A16.07.058	Лечение перикоронита (промывание, рассечение и/или иссечение капюшона) (ФЗ)	1,04	1,04
A16.07.059	Гемисекция зуба	2,6	2,6
A11.07.025	Промывание протока слюнной железы	1,85	1,85
A16.22.012	Удаление камней из протоков слюнных желез	3	3
A16.30.064	Иссечение свища мягких тканей	2,25	2,25
A16.30.069	Снятие послеоперационных швов (лигатур)	0,38	0,38
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	1,5	1,5
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	1,5	1,5
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	0,5	0,5
A17.07.004	Ионофорез при патологии полости рта и зубов	1,01	1,01
A17.07.006	Депозитивная электрофорез корневому каналу зуба (ФЗ)	1,5	1,5
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	2	2
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	1,67	1,67
A17.07.009	Воздействие электрическими полями при патологии полости рта и зубов	1	1
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	1	1
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов	1,25	1,25
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов	1,25	1,25
A20.07.001	Гидроорошение при заболевании полости рта и зубов	1,5	1,5
A21.07.001	Вакуум-терапия в стоматологии	0,68	0,68

A22.07.005	Ультрафиолетовое облучение ротоглотки	1,25	1,25
A22.07.007	Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен	1	1
Ортодонтия			
V01.063.001*	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта первичный		4,21
V01.063.002*	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта повторный		1,38
V04.063.001*	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта		1,69
A02.07.004*	Антропометрические исследования		1,1
A23.07.002.027*	Изготовление контрольной модели		2,5
A02.07.010.001*	Снятие оттиска с одной челюсти		1,4
A02.07.010*	Исследование на диагностических моделях челюстей		2
A23.07.001.001*	Коррекция съемного ортодонтического аппарата		1,75
A23.07.003*	Припасовка и наложение ортодонтического аппарата		1,8
A23.07.001.002*	Ремонт ортодонтического аппарата		1,55
A23.07.002.037*	Починка перелома базиса самотвердеющей пластмассой		1,75
A23.07.002.045*	Изготовление дуги вестибулярной с дополнительными изгибами		3,85
A23.07.002.073*	Изготовление дуги вестибулярной		2,7
A23.07.002.051*	Изготовление кольца ортодонтического		4
A23.07.002.055*	Изготовление коронки ортодонтической		4
A23.07.002.058*	Изготовление пластинки вестибулярной		2,7
A23.07.002.059*	Изготовление пластинки с заслоном для языка (без кламмеров)		2,5
A23.07.002.060*	Изготовление пластинки с окклюзионными накладками		1,8
A16.07.053.002*	Распил ортодонтического аппарата через винт		1
Профилактические услуги			
V04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского		1,57
V04.065.006	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	1,3	1,57
V04.065.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	1,3	
V04.065.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) зубного врача	1,3	1,3
A11.07.012	Глубокое фторирование эмали зуба	0,3	0,3
A11.07.024	Местное применение реминерализующих препаратов в области зуба ⁴	0,7	0,7
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	0,87	0,87
A16.07.057	Запечатывание фиссуры зуба герметиком	1	1

* тариф не включает в себя стоимость ортодонтического аппарата.

Примечания:

(ФЗ) – формула зуба по ВОЗ (поле в реестре обязательно к заполнению)

¹ - одного квадранта

² - включая полирование пломбы

³ - трех зубов

- ⁴ - одного зуба
- ⁵ - на одной челюсти
- ⁶ - без наложения швов
- ⁷ - один шов
- ⁸ - в области двух-трех зубов
- ⁹ - в области одного-двух зубов

Восстановление зуба пломбой включает в том числе формирование кариозной полости и медикаментозную обработку.

Остановка кровотечения не учитывается как самостоятельный вид работ при проведении остановки кровотечения в ходе выполнения оперативных вмешательств.

В целях исключения дополнительных посещений и обеспечения доступности необходимо:

При лечении нескольких законченных случаев по поводу кариеса в одно посещение необходимо считать каждый законченный случай, прикрепленный не к (посещению) заболеванию в целом, а к заболеванию отдельного зуба по формуле (ФЗ).

При одновременном лечении нескольких зубов с осложненными формами кариеса (в более 1 посещение) считать отдельно каждый законченный случай, прикрепленный не к заболеванию в целом, а к заболеванию зуба по формуле (ФЗ).

Медицинская услуга лечения аномалий с применением съемных ортодонтических аппаратов – стоматологическая помощь как совокупная услуга оказанная врачами-стоматологами и зубными техниками пациенту, для достижения результата обращения за медицинской помощью стоматологических лечебно-диагностических услуг по ортодонтии, детям от 5 до 18 лет (17 лет 11 месяцев 29 дней) с диагнозом врожденная расщелина неба в послеоперационном периоде для исправления формы верхней челюсти и ее альвеолярного отростка, расширение верхнего зубного ряда и улучшения соотношения зубных рядов с использованием съемной технологии с элементами, с учетом роста и развития ребенка кратностью 2 раза в год.

При наличии полиса ОМС пациенту по медицинским показаниям, которые определяет врач в соответствии с указанными документами, оказываются следующие виды бесплатной стоматологической медицинской помощи:

1. Анестезия любыми видами анестетиков как с использованием разовых шприцов, так и карпульными.
2. Эндодонтическое лечение, включая пломбирование корневых каналов различными пастами.
3. Пломбирование постоянных зубов цементами, химическими композитами, амальгамами и светополимерами по показаниям врача.

Не относится к бесплатному лечению, т.к. не являются страховым случаем:

1. Замена имеющейся полноценной пломбы из любого материала на более дорогую.
2. Любые манипуляции, проводимые с целью зубопротезирования или ортодонтического лечения, если они не связаны с заболеванием (депульпирование зубов, удаление аномально расположенных зубов).
3. Восстановление цвета и формы зуба при некариозных поражениях твердых

тканей зубов (эрозия, гипоплазия, флюороз, клиновидный дефект), восстановление цвета зуба при его изменении по различным причинам (пищевые красители, курение и другое), восстановление формы зуба при отсутствии твердых тканей зуба от 1/3 до полного отсутствия коронки, т.к. эти манипуляции относятся к косметическим.

Восстановление коронки зуба, а также предотвращение дальнейшего его разрушения предусматривает также изготовление коронок, в том числе и на передние зубы.

Формирование реестра стоматологической помощи производится по результатам работы за месяц по фактически выполненным объемам врачами-стоматологами (зубными врачами) посещений/обращений, УЕТ на основании «Дневника работы врача-стоматолога» форма № 039-2-У.

Для целей персонифицированного учета медицинской помощи представляются также электронные реестры на оплату стоматологической помощи.

Для проверки достоверности представляемых реестров в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение медицинских карт стоматологического больного.

2.2.3. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.

Оплата оказания медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях. Тарифы на услуги гемодиализа и гемодиализации включают в себя расходы на организацию питания пациентов и на обеспечение (по медицинским показаниям) лекарственными препаратами эритропоэтина и препаратами железа, за счет средств межбюджетных трансфертов бюджета субъекта Российской Федерации предусмотренные на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования.

2.3. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

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

№ п/п	НАИМЕНОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
1	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА"
2	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ОБЛАСТНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР"
3	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР"
4	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР"
5	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМЕНИ ПОЛИТИЧЕСКОГО И ОБЩЕСТВЕННОГО ДЕЯТЕЛЯ Ю.Ф.ГОРЯЧЕВА"
6	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "УЛЬЯНОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН"
7	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА Г. УЛЬЯНОВСКА"

8	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1"(ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР)
9	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2"
10	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ЦЕНТРАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ ИМЕНИ ЗАСЛУЖЕННОГО ВРАЧА РОССИИ В.А.ЕГОРОВА"
11	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №3
12	ФЕДЕРАЛЬНОЕ КАЗЁННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ"
13	НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ОТДЕЛЕНЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТАНЦИИ УЛЬЯНОВСК" ОТКРЫТОГО АКЦИОНЕРНОГО ОБЩЕСТВА "РОССИЙСКИЕ ЖЕЛЕЗНЫЕ ДОРОГИ"
14	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ГОРОДА УЛЬЯНОВСКА"
15	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА"
16	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "БАРЫШСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
17	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЕШКАЙМСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
18	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ИНЗЕНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
19	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАРСУНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
20	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "КУЗОВАТОВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
21	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "МАЙНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
22	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "НИКОЛАЕВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
23	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "НОВОМАЛЫКЛИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
24	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "НОВОСПАССКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
25	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ПАВЛОВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА ИМЕНИ ЗАСЛУЖЕННОГО ВРАЧА РОССИИ А.И. МАРЬИНА"
26	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РАДИЩЕВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
27	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "СЕНГИЛЕЕВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
28	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "СТАРОКУЛАТКИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
29	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "СТАРОМАЙНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
30	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУРСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
31	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ТЕРЕНЬГУЛЬСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
32	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "УЛЬЯНОВСКАЯ

	РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА "
33	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "НОВОУЛЬЯНОВСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. А.Ф. АЛЬБЕРТ"
34	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БОЛЬШЕНАГАТКИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
35	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ЧЕРДАКЛИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
36	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВО-МАЙНСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА
37	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МУЛЛОВСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА
38	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЯЗАНОВСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА
39	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗЕРНОСОВХОЗСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА
40	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "АЛЬЯНС КЛИНИК ПЛЮС"
41	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТИИНСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА
42	ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 172 ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА"
43	ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЭДРАВООХРАНЕНИЯ "САМАРСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМЕНИ Т.И. ЕРОШЕВСКОГО"
44	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «УЛЬЯНОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИМЕНИ ЗАСЛУЖЕННОГО ВРАЧА РОССИИ Е.М.ЧУЧКАЛОВА»
45	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БАЗАРНОСЫЗГАНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
46	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "УЛЬЯНОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ПОСТРАДАВШИМ ОТ РАДИАЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ИМЕНИ ГЕРОЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МАКСИМЧУКА В.М."
47	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "УРАЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР"
48	ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЭДРАВООХРАНЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ "ТОЛЬЯТТИНСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2 ИМЕНИ В.В.БАНЫКИНА"
49	ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ - ФЕДЕРАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ БИОФИЗИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ИМЕНИ А.И.БУРНАЗЯНА "
50	ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР РАДИОЛОГИИ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
51	ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "СЕВЕРО - КАВКАЗСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО - КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО - БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА"
52	ФИЛИАЛ № 4 ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО КАЗЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ "428 ВОЕННЫЙ ГОСПИТАЛЬ" МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

2.3.2. Оплате при оказании стационарной медицинской помощи подлежат:

а) законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний;

б) законченный случай лечения заболевания по нормативу финансовых затрат за законченный случай лечения заболеваний по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара;

в) законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний, являющейся поводом для госпитализации в сочетании с услугой диализа.

Оплата стационарной помощи осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (далее – КСГ).

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности параметров, определяющих относительную затратноёмкость лечения пациентов (в соответствии с письмом ФФОМС от 12.12.2017 № 14531/26-2/и):

1) Основные классификационные критерии: диагноз (код по МКБ 10), хирургическая операция и/или другая применяемая медицинская технология (код по номенклатуре услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н – далее Номенклатура);

2) Дополнительные классификационные критерии: возрастная категория пациента.

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

При наличии нескольких хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратноёмкости.

При отсутствии хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10.

Если пациенту оказывалось оперативное лечение и затратноёмкость группы, к которой был отнесен данный случай в соответствии с кодом Номенклатуры, меньше затратноёмкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ 10, оплата осуществляется по группе с наибольшим коэффициентом.

Затраты по лечению больных в реанимационном отделении учтены в тарифах по законченному случаю лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ.

В период одной госпитализации может быть предъявлено к оплате не более одной КСГ, включая пребывание на койках патологии беременности сроком до 5 дней включительно, с последующим родоразрешением.

Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществляется на

основе следующих экономических параметров:

1. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка);
2. Коэффициент относительной затратноности;
3. Поправочные коэффициенты:
 - a. управленческий коэффициент;
 - b. коэффициент уровня оказания медицинской помощи;
 - c. коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре при оплате по КСГ (С) определяются по следующей формуле:

$$C_j = (БС \times КЗ_j \times ПК), \text{ где,}$$

j – клиничко-статистическая группа;

БС – размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка);

$КЗ_j$ – коэффициент относительной затратноности по КСГ(j), установленный в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (совместное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2017 №11-7/10/2-8080/13572/26-2/и) (далее - Методические рекомендации);

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ (как интегрированный коэффициент оплаты по данной группе случаев) для конкретного случая рассчитывается с учетом дополнительных коэффициентов оплаты по следующей формуле:

$$ПК = КУС_{мо} \times КСЛП \times КУ_{КСГ}, \text{ где:}$$

$КУС_{мо}$ - коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

$КСЛП$ - коэффициент сложности лечения пациентов (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данного случая);

$КУ_{КСГ}$ - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации.

Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи ($КУС_{мо}$), учитывающий уровень оснащенности, профильности медицинской организации и этапности оказания медицинской помощи (**Приложение 23**).

$КСЛП$ устанавливается на основании объективных критериев, перечень которых и в обязательном порядке отражается в реестрах счетов.

Перечень случаев, для которых установлен КСЛП

№ п/п	Случаи, для которых установлен КСЛП	значения КСЛП
1.	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей до 1 года)*	1,1
	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация де-	1,1

2.	тей от 1 до 4)	
3.	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний)	1,05
4.	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет)**	1,02
5.	Сложность лечения пациента старше 60 лет при наличии у него функциональной зависимости (индекс Бартела 60 баллов и менее)***	1,1
6.	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента (перечень указанных заболеваний и состояний представлен в ии)	1,1
7.	Необходимость развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям	1,1
8.	Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ (перечень возможных сочетаний КСГ представлен в Инструкции)	1,3
9.	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями (методика расчета КСЛП представлена в Приложении № 47)	В соответствии с расчетным значением
10.	Проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень возможных сочетанных операций представлен в Инструкции)	1,2
11.	Проведение однотипных операций на парных органах (перечень возможных однотипных операций на парных органах представлен в Инструкции)	1,2

<*> Кроме КСГ, относящихся к профилю «Неонатология».

<*> Кроме КСГ, относящихся к профилю «Гериатрия».

<***> Применяется к КСГ по профилю «Гериатрия».

КСЛП применяется также при сверхдлительных сроках госпитализации, обусловленных медицинскими показаниями. К сверхдлительным срокам госпитализаций относятся случаи лечения длительностью более 30 дней, за исключением ряда КСГ (перечень этих КСГ и расчет КСЛП представлен в **Приложении № 47**), для которых сверхдлительными являются сроки лечения, превышающие 45 дней.

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8, за исключением случаев сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется без ограничения итогового значения.

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

Реестр на оплату медицинской помощи формируется следующим порядком.

Для терапевтических КСГ за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (на основе кода диагноза по МКБ 10), предъявляется к оплате при условии выполнения основного объема лечебно-диагностических мероприятий, предусмотренных стандартами и порядками медицинской помощи, и фактической длительности лечения;

Для хирургических и иных КСГ за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ (на основе кода Номенклатуры) предъявляется к оплате независимо от сроков госпитализации, в случае проведения оперативного вмешательства и достижения клинически ожидаемого результата (выздоровления, улучшения, стабилизации состояния, отсутствия угрожающих жизни и здоровью состояний (осложнений) требующих круглосуточного наблюдения), при благоприятном ближайшем клиническом прогнозе. В случае летального исхода по независящим от медицинской организации причинам оплата за законченный случай осуществляется при выполнении оперативного вмешательства и реанимационных мероприятий в полном объеме, что подтверждается результатами экспертизы качества медицинской помощи, проведенной не позднее 30 дней с момента принятия случая к оплате.

Счет и реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарах, заполняется на основании «Статистической карты выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому» форма N 066/у-02, и представляется ежемесячно на оплату в СМО.

При изменении стоимости КСГ в период лечения пациента, оплата медицинской помощи осуществляется в соответствии со стоимостью КСГ, установленной на день выписки больного.

Для проверки достоверности представляемых реестров счетов в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение медицинских карт стационарных больных, выбывших из медицинской организации. При отсутствии вышеуказанных карт в медицинских организациях предъявленные к оплате суммы считаются необоснованными.

Оплата стационарной помощи при ВМП осуществляется за законченный случай госпитализации по нормативу финансовых затрат.

В один срок госпитализации при ВМП может быть предъявлено к оплате не более 1 законченного случая лечения на основании норматива финансовых затрат.

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

После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной

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

Реестр счетов и счет на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной стационарами, заполняется на основании медицинской карты стационарного больного, выбывшего из медицинской организации, и представляется ежемесячно на оплату в СМО.

Для проверки достоверности представляемых реестров счетов в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение медицинских карт стационарных больных, выбывших из медицинской организации. При отсутствии вышеуказанных карт в медицинских организациях предъявленные к оплате суммы считаются необоснованными.

2.3.3. Порядок оплаты прерванных случаев, в том числе при переводе пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе.

В целях оплаты медицинской помощи к прерванным относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Перечень групп, по которым необходимо осуществлять оплату в полном объеме независимо от длительности лечения, представлен в **Приложении № 45**.

В случае если длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80 % от стоимости, определенной для данной КСГ в соответствии с Тарифным соглашением (**Приложение № 43**). Если хирургическое лечение, либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 10% от стоимости, определенной для КСГ в соответствии с Тарифным соглашением (**Приложение № 43**) (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе) составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной для данной КСГ в соответствии с Тарифным соглашением (**Приложение № 43**). Если хирургическое лечение, либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 50% от стоимости, определенной для КСГ в соответствии с Тарифным соглашением (**Приложение № 43**) (основным

классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

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

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

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

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

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

К случаям лечения, отнесённым к прерванным коэффициент сложности лечения пациента не применяется.

2.4. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

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

№ п/п	НАИМЕНОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
1	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ОБЛАСТНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР"
2	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР
3	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР"
4	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМЕНИ ПОЛИТИЧЕСКОГО И ОБЩЕСТВЕННОГО ДЕЯТЕЛЯ Ю.Ф.ГОРЯЧЕВА"
5	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "УЛЬЯНОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН"

6	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА Г. УЛЬЯНОВСКА"
7	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1"(ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР)
8	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2"
9	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №3
10	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "УЛЬЯНОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИМЕНИ ЗАСЛУЖЕННОГО ВРАЧА РОССИИ Е.М.ЧУЧКАЛОВА "
11	ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "УЛЬЯНОВСКИЙ ИНСТИТУТ ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ ИМЕНИ ГЛАВНОГО МАРШАЛА АВИАЦИИ Б.П. БУГАЕВА"
12	ФЕДЕРАЛЬНОЕ КАЗЁННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ"
13	НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ОТДЕЛЕНЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТАНЦИИ УЛЬЯНОВСК" ОТКРЫТОГО АКЦИОНЕРНОГО ОБЩЕСТВА "РОССИЙСКИЕ ЖЕЛЕЗНЫЕ ДОРОГИ"
14	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ГОРОДА УЛЬЯНОВСКА"
15	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №1 ИМ.С.М.КИРОВА
16	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 3
17	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 4"
18	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 5"
19	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 6
20	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "УЛЬЯНОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛИЦАМ,ПОСТРАДАВШИМ ОТ РАДИАЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ИМЕНИ ГЕРОЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МАКСИМЧУКА В.М."
21	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "БАРЫШСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
22	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЕШКАЙМСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
23	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ИНЗЕНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
24	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАРСУНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
25	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "КУЗОВАТОВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
26	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "МАЙНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
27	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "НИКОЛАЕВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
28	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "НОВОМАЛЫКЛИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"

29	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "НОВОСПАССКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
30	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ПАВЛОВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА ИМЕНИ ЗАСЛУЖЕННОГО ВРАЧА РОССИИ А.И. МАРЬИНА"
31	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РАДИЩЕВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
32	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "СЕНГИЛЕЕВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
33	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "СТАРОКУЛАТКИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
34	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "СТАРОМАЙНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
35	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУРСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
36	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ТЕРЕНЬГУЛЬСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
37	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "УЛЬЯНОВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
38	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "НОВОУЛЬЯНОВСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. А.Ф. АЛЬБЕРТ"
39	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БОЛЬШЕНАГАТКИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
40	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ЧЕРДАКЛИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
41	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВО-МАЙНСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА
42	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МУЛЛОВСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА
43	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИКОЛЬСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА
44	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЯЗАНОВСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА
45	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗЕРНОСОВХОЗСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА
46	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТИИНСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА
47	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТАРОСАХЧИНСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА
48	ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 172 ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНСТВА"
49	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ЦЕНТРАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ ИМЕНИ ЗАСЛУЖЕННОГО ВРАЧА РОССИИ В.А.ЕГОРОВА"
50	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ДЕТСКАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1"
51	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА"
52	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "АЛЪЯНС КЛИНИК"
53	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "МЕДИКА-МЕНТЭ"
54	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ЭКО-СОДЕЙСТВИЕ"
55	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "АКАДЕМИЯ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ И РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА"

56	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ПРОЗРЕНИЕ"
57	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА "ПРОЗРЕНИЕ 73"
58	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "АЛЬЯНС КЛИНИК ПЛЮС"
59	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БАЗАРНОСЫЗГАНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
60	АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО "САНАТОРИЙ "ЧУВАШИЯКУРОРТ"
61	ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЭДРАВООХРАНЕНИЯ "САМАРСКИЙ ОБЛАСТНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДИНАСТИЯ"
62	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "МЕДЦЕНТР-УЗИ"
63	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "АЗБУКА ЗДОРОВЬЯ"
64	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР АКАДЕМИЯ"
65	ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "САМАРСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМЕНИ Т.И. ЕРОШЕВСКОГО"

2.4.2. Оплате подлежит медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара (дневных стационарах при поликлинике, стационарах дневного пребывания при стационарах, стационарах на дому) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (далее – КСГ).

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности параметров, определяющих относительную затратноёмкость лечения пациентов (в соответствии с письмом ФФОМС от 12.12.2017 № 14531/26-2/и):

1) Основные классификационные критерии: диагноз (код по МКБ 10), хирургическая операция и/или другая применяемая медицинская технология (код по номенклатуре услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н – далее Номенклатура);

2) Дополнительные классификационные критерии: возрастная категория пациента, сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ 10), пол, длительность лечения.

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

При отсутствии хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10.

В один срок лечения может быть предъявлено к оплате не более 1 клинико-статистической группы заболеваний.

Расчет стоимости законченного случая лечения в рамках системы КСГ заболеваний осуществляется на основе следующих параметров:

- размера средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара по ОМС, включенного в КСГ – базовой ставки (БС);
- коэффициент относительной затратноёмкости (КЗ ксг);

- поправочные коэффициенты (ПК):

- a. управленческий коэффициент;
- b. коэффициент уровня оказания медицинской помощи;
- c. коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного пролеченного случая при оплате по клинико-статистическим группам (С) определяются по следующей формуле:

$C_j = (БС \times КЗ_j \times ПК)$, где,

j – клинико-статистическая группа;

БС – размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара (базовая ставка);

$КЗ_j$ – коэффициент относительной затратно-емкости по клинико-статистической группе j . Коэффициент относительной затратно-емкости учитывает расходы при оказании медицинской помощи в условиях дневных стационаров с учетом организации питания и без организации питания больных;

ПК – поправочный коэффициент КСГ.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ (как интегрированный коэффициент оплаты по данной группе случаев) для конкретного случая рассчитывается с учетом дополнительных коэффициентов оплаты по следующей формуле:

$ПК = КУС_{мо} \times КУ_{КСГ}$, где:

$КУС_{мо}$ - коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара;

$КУ_{КСГ}$ - управленческий коэффициент по КСГ.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара ($КУС_{мо}$), учитывающий уровень оснащенности, профильности медицинской организации и этапности оказания медицинской помощи (**Приложение № 23**).

В рамках проведения процедуры ЭКО в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий выделяются следующие этапы:

1. Стимуляция суперовуляции;
2. Получение яйцеклетки;
3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации, полученных на III этапе, эмбрионов.

Оплата за цикл экстракорпорального оплодотворения производится при условии наличия направления на проведение процедуры ЭКО в рамках Базовой программы ОМС от Комиссии по отбору пациентов.

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, устанавливаются поправочные коэффициенты (КСЛП). С учетом КСЛП оплата экстракорпорального оплодотворения осуществляется в зависимости от этапа в размере согласно таблице 1:

Таблица 1

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

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

Реестр на оплату медицинской помощи формируется следующим порядком.

Для терапевтических КСГ за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (на основе кода диагноза по МКБ 10), предъявляется к оплате при условии выполнения основного объема лечебно-диагностических мероприятий, предусмотренных стандартами и порядками медицинской помощи и фактической длительности лечения;

Для хирургических и иных КСГ за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ (на основе кода Номенклатуры) предъявляется к оплате независимо от сроков пребывания в дневном стационаре, в случае проведения оперативного вмешательства и достижения клинически ожидаемого результата (выздоровления, улучшения, стабилизации состояния, отсутствия угрожающих жизни и здоровью состояний (осложнений)).

При наложении сроков лечения в отделении дневного стационара со сроками лечения в круглосуточном стационаре в разных или одной и той же медицинской организации, или в другом дневном стационаре одной и той же медицинской организации, или в дневном стационаре другой медицинской организации, отклоняются от оплаты оба случая полностью до момента получения результатов медико-экономической экспертизы, проводимой СМО и, при необходимости, ТФОМС Ульяновской области, предъявленных к оплате в одной медицинской организации параллельно с КСГ, предъявленной для оплаты стационарного лечения или лечения в дневном стационаре в другой медицинской организации.

Для оплаты медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах, учет фактического количества пациенто-дней осуществляется в следующем порядке:

- день поступления и день выписки считаются за два дня лечения, за исключением пребывания больного в дневном стационаре в течение одного календарного дня;

- при переводе больного из одного отделения дневного стационара в другое отделение дневного стационара, дата окончания лечения в одном отделении не должна соответствовать дате начала лечения в другом отделении;

- при переводе больного из круглосуточного стационара на долечивание в дневной стационар (и наоборот) дата госпитализации в дневной стационар не должна соответствовать дате выписки из круглосуточного стационара.

- при переводе больного из круглосуточного стационара в дневной стационар (либо наоборот) в пределах одной медицинской организации, оплате подлежит одна КСГ, имеющая максимальный коэффициент затратоёмкости;

- при переводе больного из круглосуточного стационара одной медицинской организации в дневной стационар другого юридического лица (и наоборот, в случае возникновения необходимости круглосуточного наблюдения) оплата проводится по двум КСГ, с учётом длительности пребывания пациента на койке дневного и круглосуточного стационаров.

По каждому случаю, оплаченному по стоимости полной КСГ, оплата должна быть подтверждена медико-экономической экспертизой и, при необходимости, экспертизой качества медицинской помощи. Учёт таких случаев проводится отдельно по каждому заболеванию.

Реестр счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах, заполняется на основании «Статистической карты выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому» (форма № 066/у-02).

Реестр счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах представляется ежемесячно на оплату СМО.

Для целей персонифицированного учета медицинской помощи представляются также электронные реестры на оплату медицинской помощи в дневном стационаре.

Для проверки достоверности представляемых реестров счетов в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение медицинских карт больных дневных стационаров. При отсутствии вышеуказанных карт в медицинской организации, предъявленные к оплате суммы считаются необоснованными.

2.4.3. Порядок оплаты прерванных случаев, в том числе при переводе пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе.

В целях оплаты медицинской помощи к прерванным относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Перечень групп, по которым необходимо осуществлять оплату в полном объеме независимо от длительности лечения, представлен в **Приложении № 46**.

В случае если длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай

оплачивается в размере 80 % от стоимости, определенной для данной КСГ в соответствии с Тарифным соглашением (**Приложение № 44**). Если хирургическое лечение, либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 10% от стоимости, определенной для КСГ в соответствии с Тарифным соглашением (**Приложение № 44**) (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе) составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной для данной КСГ в соответствии с Тарифным соглашением (**Приложение № 44**). Если хирургическое лечение, либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 50% от стоимости, определенной для КСГ в соответствии с Тарифным соглашением (**Приложение № 44**) (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

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

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

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

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

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

К случаям лечения, отнесённым к прерванным коэффициент сложности лечения пациента не применяется.

2.4.4. В случаях, когда в период проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС пациент между этапами процедуры ЭКО получает экстренную или неотложную помощь в условиях стационара, оба случая подлежат оплате с последующим проведением медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи.

2.5. Способы оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

2.5.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации:

№ п/п	НАИМЕНОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
1	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "БАРЫШСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
2	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЕШКАЙМСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
3	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ИНЗЕНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
4	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАРСУНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
5	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "КУЗОВАТОВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
6	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "МАЙНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
7	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "НИКОЛАЕВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
8	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "НОВОМАЛЫКЛИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
9	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "НОВОСПАССКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
10	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ПАВЛОВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА ИМЕНИ ЗАСЛУЖЕННОГО ВРАЧА РОССИИ А.И. МАРБИНА"
11	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РАДИЩЕВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
12	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "СЕНГИЛЕЕВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
13	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "СТАРОКУЛАТКИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
14	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "СТАРОМАЙНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
15	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУРСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
16	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ТЕРЕНЬГУЛЬСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
17	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "УЛЬЯНОВСКАЯ

	РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
18	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "НОВОУЛЬЯНОВСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. А.Ф. АЛЬБЕРТ"
19	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БОЛЬШЕНАГАТКИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
20	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ЧЕРДАКЛИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
21	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВО-МАЙНСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА
22	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МУЛЛОВСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА
23	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИКОЛЬСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА
24	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЯЗАНОВСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА
25	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗЕРНОСОВХОЗСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА
26	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТИИНСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА
27	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТАРОСАХЧИНСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА
28	ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 172 ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНСТВА"
29	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "КЛИНИЧЕСКАЯ СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г.УЛЬЯНОВСКА"
30	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БАЗАРНОСЫЗГАНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА

2.5.2. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации лицам, застрахованным на территории Ульяновской области, осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи рассчитывается исходя из годового объема финансовых средств, предназначенных на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС и числа застрахованных на территории Ульяновской области.

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

$$\text{ФО}_{\text{СМП}} = \text{ФДПн}^i \times \text{ЧЗ}^{\text{ПР}} + \text{ОС}_B, \text{ где:}$$

$\text{ФО}_{\text{СМП}}$ - размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

ФДПн^i - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей;

ОС_В - размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов, рублей

ЧЗ^{ПР} - численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек (**Приложение № 22**).

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются вызовы скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии

Оплата за оказанную медицинскую помощь медицинскими организациями осуществляется в пределах распределенных объемов медицинской помощи по представленным в страховые медицинские организации счетам и реестрам счетов, по тарифам за вызов скорой медицинской помощи.

Счет и реестр счетов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации лицам, застрахованным на территории Ульяновской области, представляется ежемесячно на оплату в СМО.

В случае значительного отклонения фактически выполненных объемов скорой медицинской помощи от распределенных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов размер финансового обеспечения медицинской организации может быть скорректирован.

Тариф по ОМС за вызов скорой медицинской помощи устанавливается в зависимости от профиля бригады скорой медицинской помощи, осуществившей вызов (врачебная специализированная бригада, врачебная и фельдшерская) и за вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии.

За оказанную скорую медицинскую помощь взрослому и детскому населению реестры формируются на основании карты вызова скорой медицинской помощи в разрезе специализации выезжающих бригад:

- врачебная специализированная;
- врачебная;
- фельдшерской.

При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий.

Выезд бригады скорой медицинской помощи с целью констатации смерти медицинским работником не является страховым случаем и не оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования.

2.6. Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным на других территориях

Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным на территории других субъектов РФ, осуществляется в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ, приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

Счета и реестры счетов за оказанную медицинскую помощь иногородним гражданам представляются для оплаты в ТФОМС Ульяновской области в течение 10 рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания ме-

дицинской помощи, в электронном виде, подписанные электронной цифровой подписью в соответствии с действующим законодательством и/или на бумажном носителе, заверенные печатью и подписями руководителя медицинской организации и главного бухгалтера. В случае подписания счетов и реестров счетов электронной цифровой подписью, бумажные носители в ТФОМС Ульяновской области не предоставляются.

ТФОМС Ульяновской области принимает счета МО за лечение иногородних граждан, проводит медико-экономический контроль предъявленного МО реестра счета, счета и, при отсутствии причин, требующих дополнительного рассмотрения отдельных позиций реестра счета, осуществляет оплату оказанной медицинской помощи, не позднее 25 рабочих дней с даты представления счета медицинской организацией. Оплата осуществляется по тарифам, действующим на момент выписки больного.

Для компенсации затрат за лечение иногородних граждан ТФОМС Ульяновской области 1 раз в месяц формирует и предъявляет для оплаты счет и сводный реестр счетов в ТФОМС по месту страхования.

Не подлежит оплате по межтерриториальным расчетам медицинская помощь, не входящая в базовую программу ОМС.

Медицинские организации всех форм собственности, входящие в систему ОМС, ведут отдельный учет объемов медицинской помощи и их финансирования средствами обязательного медицинского страхования по видам медицинской помощи.

В случае не включения информации о пролеченных больных за отчетный месяц, дополнительные реестры счетов и счет, медицинскими организациями представляются в ТФОМС Ульяновской области в установленном порядке.

Раздел 3 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи»

Расчет тарифов может осуществляться на единицу объема медицинской помощи (1 обращение в связи с заболеванием, 1 посещение с профилактическими и иными целями, 1 законченный случай при оплате диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, 1 случай госпитализации, 1 вызов скорой медицинской помощи), на медицинскую услугу, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний), на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.

Тарифы по ОМС применяются в соответствии со способами оплаты медицинской помощи.

Установление тарифов на отдельные медицинские услуги осуществляется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

3.1. Размер тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

3.1.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования составляет:

- при посещении с профилактической и иными целями – 1038,80 рубля;
- при обращении по поводу заболевания – 2560,69 рубля;
- при посещении по неотложной медицинской помощи – 325,39 рубля.

Размер базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях составляет 3924,88 рубля.

3.1.2. Размер подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу составляет 1714,97 рублей.

3.1.3. Тарифы, применяемые для оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (**Приложение № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7**):

- а) посещений Центров здоровья;
- б) посещений с профилактической и/или иными целями, в том числе разовых посещений по поводу заболевания, связанных с диагностическим обследованием, направлением на консультацию, госпитализацию, в дневной стационар, получением справки и других медицинских документов в соответствии с действующим законодательством;
- в) обращений по поводу заболевания;
- г) неотложной помощи;
- д) стоматологической помощи;
- ж) отдельно выделенные услуги;
- з) законченных случаев проведения диспансеризации и профилактических осмотров для отдельных категорий населения.
- и) медицинская услуга лечения аномалий с применением съемных ортодонтических аппаратов.

3.1.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива используются для расчета финансового норматива на одно застрахованное лицо в месяц, предусматривающий различия в затратах на оказание медицинской помощи по отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола и возраста, независимо от вида медицинской помощи.

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц в Ульяновской области распределяется на следующие половозрастные группы:

- ноль – один год мужчины/женщины;
- один год - четыре года мужчины/женщины;
- пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать - пятьдесят девять лет мужчины;
- восемнадцать - пятьдесят четыре года женщины;

шестьдесят лет и старше мужчины;
пятьдесят пять лет и старше женщины.

Затем на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи (по всем видам медицинской помощи), оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, и о численности застрахованных лиц за данный период рассчитываются половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для каждой половозрастной группы застрахованных лиц.

Половозрастные коэффициенты дифференциации и дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи (за исключением медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме) на 2018 год

Возрастные группы	пол	Половозрастные коэффициенты потребления амбулаторно-поликлинической помощи на 2018 год	Дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения на 2018 год, руб.
0-1	М	2,8084	10 235,76
0-1	Ж	2,7902	10 169,40
1-4	М	1,7227	6 278,76
1-4	Ж	1,7018	6 202,73
5-17	М	1,3476	4 911,77
5-17	Ж	1,4210	5 179,00
18-59	М	0,5692	2 074,64
18-54	Ж	0,8558	3 119,21
60 и старше	М	1,2186	4 441,37
55 и старше	Ж	1,2113	4 414,93

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива рассчитываются ТФОМС Ульяновской области не реже одного раза в год и являются едиными для всех видов медицинской помощи.

3.2. Размер тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет 4767,75 рублей.

Базовая ставка на оплату медицинской помощи оказываемой в условиях круглосуточного стационара по обязательному медицинскому страхованию по

законченному случаю заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ) установлена в размере 19978,86 рубля (**Приложение № 9**).

Базовая ставка рассчитывается по формуле:

$$BC = \frac{OC}{Ч_{сл} \times СПК}, \text{ где}$$

OC - общий объем средств на финансовое обеспечение стационарной медицинской помощи, без учета ВМП (4 773 061 869,12 рубля);

Ч_{сл} - общее количество случаев госпитализации, подлежащих оплате в условиях круглосуточного стационара (199 088 случаев, без учета ВМП);

СПК – средний поправочный коэффициент (1,2).

3.2.2. Перечень клинико-статистических групп и установленные коэффициенты относительной затратоёмкости для определения стоимости КСГ по медицинской помощи в условиях круглосуточных стационаров, приведены в **Приложении № 10**.

3.2.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения (**Приложение № 11**).

3.2.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ или КПП:

- управленческий коэффициент (**Приложение № 12**);

- коэффициент уровня оказания медицинской помощи:

1б уровень – 0,85;

1а уровень – 1,05;

2б уровень – 1,08;

2а уровень – 1,12;

3б уровень – 1,2;

3а уровень – 1,4.

- коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП).

КСЛП устанавливается на основании объективных критериев, перечень которых и в обязательном порядке отражается в реестрах счетов.

Перечень случаев, для которых установлен КСЛП

№ п/п	Случаи, для которых установлен КСЛП	значения КСЛП
1.	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей до 1 года)*	1,1
2.	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей от 1 до 4)	1,1
3.	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний)	1,05
4.	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет)**	1,02

5.	Сложность лечения пациента старше 60 лет при наличии у него функциональной зависимости (индекс Бартела 60 баллов и менее)***	1,1
6.	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента (перечень указанных заболеваний и состояний представлен в Инструкции)	1,1
7.	Необходимость развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям	1,1
8.	Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ (перечень возможных сочетаний КСГ представлен в Инструкции)	1,3
9.	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями (методика расчета КСЛП представлена в Приложении № 47)	В соответствии с расчетным значением
10.	Проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень возможных сочетанных операций представлен в Инструкции)	1,2
11.	Проведение однотипных операций на парных органах (перечень возможных однотипных операций на парных органах представлен в Инструкции)	1,2

<*> Кроме КСГ, относящихся к профилю «Неонатология».

<*> Кроме КСГ, относящихся к профилю «Гериатрия».

<***> Применяется к КСГ по профилю «Гериатрия».

3.2.5. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи (**Приложение № 14**).

3.2.6. Перечень КСГ и установленные коэффициенты относительной затратоёмкости, по которым не применяются коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи и/или коэффициенты управления, отличные от «1,0» для всех МО приведены в **Приложении № 13**.

3.3. Размер тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет 858,14 рублей.

Базовая ставка на оплату медицинской помощи оказываемой в условиях дневного стационара по обязательному медицинскому страхованию по законченному случаю заболевания, включенного в соответствующую клинко-статистическую группу заболеваний (КСГ) установлена в размере 12 011,88 рубля (**Приложение № 15**).

Базовая ставка рассчитывается по формуле:

$$BC = \frac{OC}{Ч_{сл} \times СПК}, \text{ где}$$

OC - общий объем средств на финансовое обеспечение стационарозамещающей медицинской помощи (1 063 296 232,06 рубля);

Ч_{сл} - общее количество случаев госпитализации, подлежащих оплате в условиях дневного стационара (73 767 случая);

СПК – средний поправочный коэффициент (1,2).

3.3.2. Перечень КСГ и установленные коэффициенты относительной затратоёмкости для определения стоимости КСГ по медицинской помощи в условиях дневных и круглосуточных стационаров, приведены в **Приложении № 16**.

3.3.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения (**Приложение № 17**).

3.3.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ или КПГ:

- управленческий коэффициент (**Приложение № 18**);

- коэффициент уровня оказания медицинской помощи:

1б уровень – 0,85;

1а уровень – 1,05;

2б уровень – 1,08;

2а уровень – 1,12;

3б уровень – 1,2;

3а уровень – 1,4.

- коэффициент сложности лечения пациента в условиях дневного стационара на дому устанавливается в размере 1,05.

3.3.5. Перечень КСГ и установленные коэффициенты относительной затратоёмкости, по которым не применяются коэффициенты уровня оказания стационарозамещающей медицинской помощи и понижающие коэффициенты управления для всех МО приведены в **Приложении № 19**.

3.4. Размер тарифов в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет 655,42 рублей.

3.4.2. Размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи – 636,99 рубля.

3.4.3. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи), применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов приведены в **Приложении № 20** к настоящему Тарифному соглашению.

Тариф на 1 вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии ($T_{СМПТР}$) составляет 77 850,68 рубля и определяется по следующей формуле:

$$T_{СМПТР} = T_{СМПСП} + ОС_{ТР}, \text{ где:}$$

$T_{СМПСП}$ - средний тариф на 1 вызов скорой медицинской помощи (без проведения тромболитической терапии).

$ОС_{ТР}$ - размер средств, направляемых на приобретение лекарственных препаратов, используемых для проведения тромболитической терапии при оказании скорой медицинской помощи 75626,08 рубля.

3.4.4 Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива используются для расчета финансового норматива на одно застрахованное лицо в месяц, предусматривающий различия в затратах на оказание медицинской помощи по отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола и возраста, независимо от вида медицинской помощи.

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации распределяется на следующие половозрастные группы:

ноль – один год мужчины/женщины

один год - четыре года мужчины/женщины;

пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;

восемнадцать лет - пятьдесят девять лет мужчины;

восемнадцать лет - пятьдесят четыре года женщины;

шестьдесят лет и старше мужчины;

пятьдесят пять лет и старше женщины.

Затем на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи (по всем видам медицинской помощи), оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, и о численности застрахованных лиц за данный период рассчитываются половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для каждой половозрастной группы застрахованных лиц.

Половозрастные коэффициенты дифференциации и дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения скорой медицинской помощи на 2018 год

Возрастные группы	пол	Половозрастные коэффициенты потребления скорой медицинской помощи	Дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения, руб.
0-1	М	3,4948	2351,62
0-1	Ж	2,8553	1921,32
1-4	М	2,6167	1760,77
1-4	Ж	2,3862	1605,65
5-17	М	0,8643	581,56
5-17	Ж	0,8249	555,05
18-59	М	0,5482	368,86

18-54	Ж	0,6169	415,09
60 и старше	М	1,4905	1002,96
55 и старше	Ж	1,5829	1065,11

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива рассчитываются ТФОМС Ульяновской области не реже одного раза в год и являются едиными для всех видов медицинской помощи.

3.5. Структура тарифов на оплату медицинской помощи

Размер тарифов на оплату медицинской помощи рассчитывается в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС), и 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.

Раздел 4 «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, за несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества»

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

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

$$C = H + C_{\text{шт}},$$

где:

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

$C_{\text{шт}}$ - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

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

$$H = PT \times K_{\text{но}},$$

где:

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

$K_{\text{но}}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи).

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($C_{\text{шт}}$), рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{шт}} = RP \times K_{\text{шт}},$$

где:

RP - размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи;

$K_{\text{шт}}$ - коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем 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**

Наименование оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Размер коэффициента неполной оплаты	Размер коэффициента штрафа
Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц		
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в меди-	

	цинской организации, в том числе:		
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;		0,3
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;		0,3
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме		0,3
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:		
1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;		1,0
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.		3,0
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.3.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;		1,0
1.3.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).		3,0
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	1,0	1,0
1.5.	Приобретение пациентом или лицом, действовав-	0,5	0,5

	шим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств", согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.		
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения			
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.		1,0
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:		
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;		0,5
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		0,5
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;		0,5
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		0,5
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;		0,5
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.		0,5
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.		1,0
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;		0,5

2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		0,5
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;		0,5
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		0,5
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;		0,5
2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.		0,5
Раздел 3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи			
3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	0,1	1,0
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	
3.2.2.	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,3	
3.2.3.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за ис-	0,4	

	ключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);		
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	0,9	1,0
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	1,0	3,0
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий:		
3.3.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	0,4	
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	0,5	
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (дефекты лечения, преждевременная выписка, др.), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре, повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова.	0,5	
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1,0
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.	0,7	0,3

3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	0,6	
3.10.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.	1,0	
3.11.	Исключено приказом ФФОМС № 45 от 22.02.17.		
3.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.	0,3	
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	0,3	0,3
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи	0,9	1,0
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации			
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	1,0	
4.2.	Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи	0,1	
4.3.	Отсутствие в первичной документации: Информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	0,1	

4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	0,9	
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	1,0	
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов:		
4.6.1.	некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы;	1,0	1,0
4.6.2.	включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту.	1,0	1,0
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов			
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1,0	
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1,0	
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	1,0	
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1,0	
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1,0	
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	1,0	
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:		
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	1,0	
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональ-	1,0	

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

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

При выявлении на этапе комплексной и тематической проверки Территориальным фондом ОМС медицинских организаций необоснованного предъявления на оплату счетов, данные факты направляются в страховые медицинские организации для проведения МЭЭ и удержания с медицинских организаций стоимости оказанной медицинской услуги, неподтвержденной первичной документацией.

При выявлении нарушений по результатам проведенных штатными и/или внештатными специалистами Территориального фонда ОМС целевых медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи (по жалобам и обращениям, поступающим непосредственно в ТФОМС Ульяновской области), акты экспертиз направляются в страховые медицинские организации для применения санкций в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи.

Раздел 5 «Заключительные положения»

Тарифное соглашение может быть пересмотрено полностью или в определенной его части по инициативе одной из сторон. Рассмотрение мотивированных предложений осуществляется Комиссией. Изменения и дополнения в настоящее Тарифное соглашение оформляются дополнительным соглашением.

Изменения в настоящее Тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение 2018 года, возможны при наличии источника финансового обеспечения.

Индексация тарифов на оплату медицинской помощи производится в соответствии с изменением доходной части бюджета ТФОМС Ульяновской области на 2018 год, за исключением доходов, имеющих целевое назначение.

В случае возникновения споров между сторонами по настоящему Тарифному соглашению стороны принимают все меры по их разрешению путем переговоров.

Все неурегулированные сторонами споры в рамках выполнения настоящего Тарифного соглашения разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Все приложения являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

Распределение объемов медицинской помощи по медицинским организациям, участвующим в реализации территориальной программы ОМС, устанавливается решением Комиссии.

Объемы оказания медицинской помощи на 2018 год в разрезе страховых медицинских организаций и медицинских организаций, входящих в систему ОМС, по видам медицинской помощи (**Приложение № 24**).

Анализ выполнения медицинскими организациями установленных объемов медицинской помощи осуществляется ежемесячно, нарастающим итогом.

Перевыполнение установленных объемов медицинской помощи оплате не подлежит.

С целью оценки объемов и качества медицинской помощи представленные к оплате медицинские услуги оформляются протоколами и отчетами в соответст-

вии с приложениями (Приложения № 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42).

Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2018 года и действует до 31.12.2018 года.

Министр здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области _____ Р.А. Абдуллов	Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ульяновской области _____ В.В. Смирнов
Председатель Некоммерческого партнерства содействия развитию здравоохранения «Медицинская Палата Ульяновской области» _____ В.В. Корнев	Председатель Ассоциации врачей Ульяновской области _____ Т.А. Кабакова
Председатель Ульяновской областной организации профессионального союза работников здравоохранения РФ _____ С.А. Свирина	Заведующий отделом социальной защиты, правовой инспектор труда ЦК Профсоюза по Ульяновской области _____ Н.Е. Мальцева
Директор филиала ООО «РГС-Медицина» - «Росгосстрах – Ульяновск – Медицина» _____ Л.В. Мухаметшина	Директор филиала ООО ВТБ Медицина в Ульяновской области _____ Е.В. Бараненкова
Главный врач ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова» _____ В.П. Демина	Главный врач ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» _____ И.И. Мидленко
Директор департамента развития здравоохранения _____ А.И. Лазарев	Заместитель директора по организации ОМС Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ульяновской области _____ Т.Я. Водкина