

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
**в системе обязательного медицинского страхования**  
**Республики Крым на 2016 год**

г. Симферополь

25 декабря 2015 г.

Министерство здравоохранения Республики Крым в лице министра здравоохранения Республики Крым Голенко А.И., действующего на основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым, утвержденного постановлением Совета министров Республики Крым от 27.06.2014 № 149, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым в лице директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым Карпеева А.Ю., действующего на основании Положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Республики Крым, утвержденного постановлением Совета министров от 21.04.2014 № 69, страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в системе обязательного медицинского страхования, Общество с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская компания «Крыммедстрах» (далее – ООО «СМК «Крыммедстрах»)) в лице генерального директора Сидоровой Е.А., действующего на основании Устава, лицензии ОС №4325-01 от 13 июля 2015 года, выданной Центральным банком Российской Федерации (Банк России), общество с ограниченной ответственностью «Крымская страховая медицинская компания» (далее - ООО «КСМК»), в лице директора филиала Залесовой Н.Ю., действующего на основании доверенности №64 от 23 июня 2015 года, лицензии ОС №4324-01 от 19 сентября 2014 года, выданной Центральным банком Российской Федерации (Банк России), филиал общества с ограниченной ответственностью «Медицинская страховая компания «МАКСИМУС» в г. Симферополь в лице исполняющего обязанности директора филиала Матюшина А.М., действующего на основании доверенности №43/007-15 от 28 октября 2015 года, лицензии ОС №4278-01 от 13 февраля 2015 года, выданной Федеральной службой по финансовым рынкам, крымская ассоциация врачей в лице председателя Мусаевой Л.Э., действующего на основании Устава, крымская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя Турчаниновой О.Г., действующего на основании Устава, именуемые в дальнейшем стороны, заключили настоящее Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Республики Крым (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем.

## 1. Общие положения

1. Тарифное соглашение разработано в целях обеспечения финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) Республики Крым.

1.1. Тарифное соглашение разработано на основании:

- статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Постановления Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1328 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»;
- Приказа Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС);
- Приказа Минздравсоцразвития РФ от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»;
- Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;
- Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;
- Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования от 24.12.2015 № 11-9/10/2-7938; № 8089/21-и;
- Разъяснений Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2015 № 11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»;
- Закона Республики Крым от 29.12.2015 № 195-ЗРК/2015 «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым на 2016 год»;
- Постановления Совета министров Республики Крым от 23.12.2015 № 837 «О Территориальной программе государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республики Крым на 2016 год»;

- Постановления Совета Министров Республики Крым от 23.10.2014 № 408 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Крым».

2. Предметом Тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным по ОМС лицам в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым на 2016 год (далее - Территориальная программа государственных гарантий), утвержденной постановлением Совета министров Республики Крым, в части Территориальной программы ОМС (далее - Территориальная программа ОМС).

3. Тарифное соглашение устанавливает тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС, способы оплаты медицинской помощи, порядок формирования и применения тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, а также структуру тарифов и состав расходов, включаемых в тарифы на оплату медицинской помощи.

4. Тарифное соглашение и тарифы применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с Территориальной программой ОМС застрахованным лицам на территории Республики Крым, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями застрахованным лицам, за пределами территории субъекта Российской Федерации, в которой выдан полис ОМС, по условиям оказания медицинской помощи, установленным базовой программой ОМС.

5. Тарифное соглашение распространяется на всех участников ОМС при выполнении Территориальной программы ОМС.

6. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС являются приложениями к настоящему Тарифному соглашению.

7. Рассмотрение тарифов и формирование Тарифного соглашения, осуществляется Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС.

8. Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках Территориальной программы ОМС, производится в соответствии с заключенными договорами на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, Правилами ОМС, настоящим Тарифным соглашением, а также иными нормативными правовыми документами в системе ОМС, утвержденными в установленном порядке.

9. Кредиторская задолженность медицинских организаций Республики Крым, возникшая в связи с оказанием медицинской помощи населению Республики Крым до 01.01.2015, не является обязательством ОМС и не подлежит оплате за счет средств ОМС.

10. Для целей настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия:

1) медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

2) медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение; медицинская услуга является единицей учета и имеет соответствующий тариф.

3) медицинская деятельность – профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

4) медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и включенное в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе ОМС. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;

5) страховая медицинская организация (далее СМО) – страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности и включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе ОМС;

6) качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;

7) медико-экономический контроль – установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условием договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС Территориальной программе ОМС, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи;

8) медико-экономическая экспертиза – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации медицинской организации;

9) экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора

медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи;

10) прикрепленное лицо - лицо, застрахованное по ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ, проживающее на территории Республики Крым и прикрепившееся к медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи;

11) посещение (с профилактической целью и при оказании медицинской помощи в неотложной форме) - единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебно-диагностической целью, с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного;

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях включает:

а) посещения с профилактической целью, в том числе:

в связи с диспансеризацией определенных групп населения в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;

в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;

в связи с патронажем;

б) посещения с иными целями, в том числе:

медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

в связи с другими обстоятельствами;

в) разовые посещения в связи с заболеванием;

г) посещения, оказываемые в неотложной форме.

12) обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания к врачам специалистам.

Под законченным случаем лечения заболевания в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона амбулаторного пациента только при последнем посещении больного по данному поводу.

Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации.

13) условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемый при оказании стоматологической медицинской помощи на

выполнение объема работы врачом-стоматологом и зубным врачом на терапевтическом, хирургическом, ортодонтическом (детям) приеме;

14) койко-день – единица учета пребывания пациента в круглосуточном стационаре;

15) законченный случай лечения в стационаре или дневном стационаре – случай оказания медицинской помощи по основному заболеванию в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи с предоставлением лечебно-диагностических и консультативных услуг врачей-специалистов при обострении сопутствующего заболевания и (или) возникающих острых состояниях от момента поступления до выбытия (выписки, перевод в другую медицинскую организацию или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента);

16) прерванный случай лечения - случай оказания медицинской помощи, завершившийся преждевременно (в том числе по причине добровольного отказа пациента (законного представителя) от медицинского вмешательства, продолжения лечения), перевод в другое отделение или другую медицинскую организацию по поводу основного заболевания и вследствие этого невозможности выполнения объема медицинской помощи в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи;

17) сверхкороткий случай лечения – случаи оказания медицинской помощи, длительностью менее 3 –х дней.

18) сверхдлительные случаи лечения – случаи оказания медицинской помощи длительностью более 30 дней, обусловленные медицинскими показаниями.

19) высокотехнологичная медицинская помощь – медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, которая включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники;

20) направление - документ, оформляемый лечащим врачом медицинской организации в соответствии с учетной формой № 057/у-04, утвержденной приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 22.11.2004 № 255 и выдаваемый гражданину с целью получения им медицинской помощи;

21) клиничко-профильная группа (КПГ)/клиничко-статистическая группа (КСГ) – группа отдельных заболеваний, объединенных одним профилем стационарной медицинской помощи и медицинской помощи в условиях дневного стационара;

22) базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационарах – размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КПП/КСГ;

23) коэффициент относительной затратоемкости по КПП/КСГ – коэффициент, характеризующий КПП/КСГ как отношение ее затратоемкости к базовой ставке финансирования. Устанавливается на федеральном уровне;

24) коэффициент уровня оказания медицинской помощи – коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи;

25) коэффициент сложности лечения пациентов – коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

26) управленческий коэффициент – коэффициент, для конкретной КПП с целью мотивации медицинской организации к регулированию уровня госпитализации при заболеваниях или состояниях, входящих в данную группу, или стимулирования медицинской организации к внедрению конкретных методов хирургического лечения;

27) коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержания отдельных структурных подразделений (фельдшерско–акушерских пунктов);

28) посещение приемного отделения - оказание медицинской помощи в неотложной форме с проведением лечебно-диагностических мероприятий с последующей записью в первичной медицинской документации;

29) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц (далее – подушевой норматив) – плановая сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к медицинской организации, предназначенная для оплаты первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной, первичной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи оказываемая и скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации;

30) способ оплаты медицинской помощи – установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республики Крым на 2016 год»; утвержденной Постановлением Совета министров Республики Крым от 23.12.2015 № 837, способ финансирования медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в условиях, установленных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (ст.32. п.3);

31) реестр счета - реестр персонифицированных сведений о пролеченных пациентах и об оказанной им медицинской помощи на основании данных первичной медицинской документации.

32) МО-заказчик - медицинские организации (самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, общие (семейные) врачебные практики) любой формы собственности, участвующие в реализации территориальной программы ОМС и имеющие прикрепленных граждан, застрахованных по ОМС.

33) МО-исполнитель - медицинские организации (самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, общие (семейные) врачебные практики) любой формы собственности, оказывающие внешние медицинские услуги неприкрепленным гражданам, по направлениям, выданным медицинскими организациями – заказчиками.

34) Внешние услуги – услуги (посещение, медицинская услуга) оказанные МО-исполнителем по направлению МО-заказчика.

## **2. Способы оплаты медицинской помощи**

2.1. Применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС:

а) при 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 (законченный случай);

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

б) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

- за законченный случай заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний – КПП/КСГ;

- за медицинскую услугу.

в) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний – КПП/КСГ;

- за медицинскую услугу.

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

- по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов;

- за вызов скорой медицинской помощи при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Республики Крым.

2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинской организацией застрахованному лицу, осуществляется в соответствии с лицензией и (или) уведомления на медицинскую деятельность и договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с установленными способами оплаты медицинской помощи.

2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС.

- на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи по ОМС;

- по тарифам и способам оплаты медицинской помощи, утвержденным настоящим Тарифным соглашением;

- с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

2.4. Реестры счетов и счета на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предоставляются ежемесячно в сроки, определенные регламентом информационного взаимодействия и определенные договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

2.5. Медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам, представляется к оплате за отчетный период. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов не соответствующие отчетному периоду отклоняются от оплаты.

2.6. При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного СМО контроля и объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи МО в праве доработать и представить в СМО отклоненный ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения акта от СМО. Доработанные реестры счетов оказанной медицинской помощи за соответствующий период предъявляются к оплате отдельным счетом, без учета коэффициента (в связи с изменением курсов валют при приобретении импортных лекарственных средств, медицинских изделий и расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов).

2.7. Медицинская помощь, оказанная застрахованному лицу, оплачивается той страховой медицинской организацией, в которой пациент застрахован.

2.8. При оказании медицинской помощи пациенту в стационаре, не имеющего полис ОМС на момент поступления, и оформленным во время пребывания в стационаре во время госпитализации, медицинская

организация предъявляет счет в СМО, в которой гражданин застрахован на дату окончания лечения.

2.9. Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в Республике Крым, осуществляется СМО.

2.10. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, расположенными на территории Республики Крым, гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, осуществляется ТФОМС Республике Крым в объеме базовой программы ОМС.

2.11. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в связи с причинением вреда здоровью вследствие тяжелого несчастного случая на производстве, осуществляется за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации, и компенсация указанных расходов за счет средств ОМС не производится.

2.12. Возраст пациента определяется на дату начала лечения медицинской помощи, по тарифам на дату окончания лечения:

- дети - до 17 лет 11 месяцев 29 дней;
- взрослые - 18 лет и старше.

Возраст пациента определяется на дату начала лечения медицинской помощи, по тарифам на дату окончания лечения.

2.13. Со дня рождения и до дня государственной регистрации рождения ребенка, счета на оплату медицинской помощи выставляются по реквизитам полиса ОМС матери новорожденного или других законных представителей, с обязательным указанием в персональном счете даты рождения и пола ребенка. После дня государственной регистрации рождения ребенка счета за оказанную медицинскую помощь выставляются в СМО, в которой его законные представители получили полис ОМС.

2.14. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

2.14.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями (структурными подразделениями медицинских организаций), имеющими прикрепившихся лиц осуществляется:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц. Подушевой норматив финансирования при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи и первичной специализированной медико-санитарной помощи включает:

- а) посещения с профилактической целью;
- б) посещения с иными целями;
- в) разовые посещения в связи с заболеванием.
- г) обращения по поводу заболевания (с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания).

Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования осуществляется страховой медицинской организацией на основании акта сверки численности застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинской организации по состоянию на первое число расчетного месяца.

2.14.1.2. Оплата за единицу объема медицинской помощи осуществляется:

а) за посещение в неотложной форме, в том числе для застрахованных лиц, прикрепившихся к другим медицинским организациям.

Посещение в неотложной форме включает в себя оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи и первичной специализированной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

б) за посещение в плановой форме с профилактической целью:

- за осмотр (консультацию) врача-специалиста, углубленное профилактическое консультирование при проведении второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения,
- в связи с профилактическими осмотрами несовершеннолетних (второй этап),
- при проведении второго этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- при проведении второго этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

в) за обращение (законченный случай) при проведении:

- первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;
- профилактических осмотров взрослого населения;
- первого этапа профилактических осмотров несовершеннолетних;
- предварительных осмотров несовершеннолетних;
- периодических осмотров;
- первого этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- первого этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

г) за медицинскую услугу при проведении:

- сеансов гемодиализа и перитонеального диализа;

- компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, жидкостной цитологии амбулаторным пациентам;
- при проведении лабораторных и инструментальных исследований (второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения);
- при оказании стоматологической помощи в соответствии с Классификатором основных стоматологических лечебно - диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ).

2.14.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями (структурными подразделениями медицинских организаций), не имеющими прикрепившихся лиц осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за посещение, обращение (законченный случай), за медицинскую услугу:

а) за посещение в неотложной форме:

б) за посещение в плановой форме:

- с иными целями, в том числе в связи с другими обстоятельствами;
- разовых посещений в связи с заболеванием для застрахованных лиц, прикрепившихся к другим медицинским организациям при наличии направления.

Посещения с иными целями и разовые посещения в связи с заболеванием учитываются в объеме медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями.

в) за обращение (законченный случай):

- по поводу заболевания застрахованного лица, прикрепленного другой медицинской организации (с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания) при наличии направления.

г) за медицинскую услугу при проведении:

- сеансов гемодиализа и перитонеального диализа;
- компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, жидкостной цитологии амбулаторным пациентам;
- при оказании стоматологической помощи в соответствии с Классификатором основных стоматологических лечебно - диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ).

Особенности оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по профилю «Стоматология» медицинскими организациями:

- при оказании медицинской помощи по поводу заболевания единицами объема являются обращение, с профилактической целью и при оказании медицинской помощи в неотложной форме – посещение;
- при оказании медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы ОМС используется перечень лекарственных препаратов, инструментов, расходных материалов и медицинских изделий, применяемых при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «Стоматология» в рамках реализации территориальной программы, являющимся приложением к Территориальной программе ОМС;
- при лечении нескольких зубов (до 3-х) за один прием, и если при этом осуществляются одинаковые виды работ (указываются одинаковые коды услуги), то данные случаи принимаются к оплате. Остальные, начиная с 4-го зуба, отклоняются от оплаты.

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью (в связи с профилактическими мероприятиями, патронажем), посещений с иными целями, разовых посещений в связи с заболеваниями, посещений в неотложной форме, а также обращений по поводу заболеваний.

Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденной Министерством здравоохранения России Федерации.

2.14.3 Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях может осуществляться с использованием системы взаиморасчетов за единицу объема медицинской помощи – посещение, за медицинскую услугу по установленному в сфере ОМС тарифам для взаиморасчетов (за исключением услуг компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, жидкостной цитологии).

В систему взаиморасчетов включаются медицинские организации, оказывающие амбулаторную медицинскую помощь в качестве МО-заказчиков и МО-исполнителей.

Оплата внешних медицинских услуг, оказанных МО-исполнителем производится СМО за фактическое количество оказанных внешних услуг (посещений, обращений, лабораторных и инструментальных услуг):

- за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования МО, к которой гражданин прикреплен на медицинское обслуживание;
- за счет стоимости законченного случая профилактических мероприятий.

2.15. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара.

2.15.1. Оплата медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, осуществляется:

а) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, объединенных одним профилем стационарной медицинской помощи, по клинико-профильной группе/клинико статистической группе (КПГ/КСГ);

б) за законченный случай лечения заболевания по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), оплачиваемых за счет средств ОМС.

2.15.2. Порядок оплаты прерванных случаев лечения, в том числе при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

Оплата прерванного случая лечения пациента в стационаре осуществляется за фактически проведенные койко-дни, если длительность лечения составила менее 70% от установленной средней длительности пребывания.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной), в случае, если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100% оплате в рамках соответствующих КПГ/КСГ. Если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевание относится к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КПГ/КСГ с наибольшим коэффициентом затратоемкости, за исключением случаев оказания медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология» (койки патологии беременности), «Медицинская реабилитация».

При оказании медицинской помощи на койках патологии беременности длительностью три и более койко-дней с последующим переводом в акушерское отделение медицинская помощь оплачивается как два законченных случая лечения.

При определении фактического количества койко-дней пребывания в рамках одного случая лечения день поступления и день выписки считается за 1 койко-день (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2003 № 545).

2.15.3. Особенности оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

При выписке пациента, длительность лечения которого составила менее 70% установленной средней длительности пребывания (за исключением случаев перевода пациента из одного структурного подразделения в другое и сверхкоротких случаев лечения), оплата осуществляется пропорционально фактической длительности пребывания в стационаре, исходя из средней длительности лечения по профилю КППГ.

При выписке пациента, длительность лечения которого составила более 100% от установленной средней длительности пребывания оплата осуществляется по установленному тарифу соответствующей КППГ.

Оплата законченного случая лечения пациента при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, предусматривающей хирургическое лечение, осуществляется по установленному финансовому нормативу затрат при условии выполнения методов хирургического лечения и от длительности пребывания в стационаре не зависит.

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара по профилям КППГ/КСГ «акушерское и гинекология» (койки для беременных и рожениц), «сердечно-сосудистая хирургия» (кардиохирургические койки) с услугой по кодам: А06.10.008, А06.10.006, А16.12.004.009, осуществляется по полному тарифу вне зависимости от средней длительности лечения.

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара по профилю КППГ/КСГ «инфекционные болезни» при длительности лечения от 3 и более койко-дней осуществляется по полному тарифу, если длительность пребывания менее 3 койко-дней оплата осуществляется пропорционально фактической длительности пребывания в стационаре, исходя из средней длительности лечения.

При оказании медицинской помощи с применением эндовидеохирургических методов лечения оплата производится по полному тарифу вне зависимости от средней длительности лечения

Случай оказания медицинской помощи в приемном отделении стационара без последующей госпитализации (при отсутствии показаний для госпитализации, при отказе пациента от госпитализации) при условии наблюдения состоянием здоровья пациента с продолжительностью до 1 суток оплачиваются по тарифу неотложной помощи в условиях приемного отделения.

В случае госпитализации в круглосуточный стационар пациента с терминальной стадией хронической почечной недостаточности по поводу другого конкурирующего заболевания, оплата медицинской помощи производится за законченный случай по соответствующей КППГ/КСГ и за каждый сеанс гемодиализа (перитонеального диализа).

Оплата сеансов гемодиализа и перитонеального диализа больным с острой почечной недостаточностью входит в оплату законченного случая по клинико-профильной группе «Нефрология».

#### 2.15.4. Порядок оплаты сверхкоротких случаев лечения.

Оплата сверхкоротких случаев медицинской помощи, оказанных в стационарных условиях с проведением оперативного вмешательства, осуществляется в размере 80% от утвержденного тарифа по профилям КПП/КСГ (за исключением случаев оказанных в условиях круглосуточного стационара по профилям КПП/КСГ «акушерское дело» (койки для беременных и рожениц), «сердечно-сосудистая хирургия» (кардиохирургические койки) с услугой по кодам: А06.10.008, А06.10.006, А16.12.004.009).

#### 2.15.5. Порядок оплаты сверхдлительных случаев лечения.

Случаи лечения продолжительностью 30 и более дней оплачиваются с применением коэффициента сложности лечения пациента. Сверхдлительные законченные случаи подлежат 100%-ной медико-экономической экспертизе, а в случае необходимости – экспертизе качества медицинской помощи, проводимые СМО с целью подтверждения обоснованности продолжительности госпитализации пациента.

#### 12.16. Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

2.16.1. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, осуществляется:

а) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи (КПП/КСГ);

б) за законченный случай оказания медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО).

2.16.2. Особенности оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

При выписке пациента, длительность лечения которого составила менее 90% установленной средней длительности пребывания, оплата осуществляется пропорционально фактической длительности пребывания в дневном стационаре, исходя из средней длительности лечения по профилю.

При выписке пациента, длительность лечения которого составила более 100% установленной средней длительности пребывания оплата осуществляется по установленному тарифу соответствующей КПП/КСГ.

Оплата законченного случая лечения заболевания в дневном стационаре с проведением эндовидеохирургических методов лечения, производится по полному тарифу вне зависимости от средней длительности лечения.

В случаи лечения в дневном стационаре пациента с хронической почечной недостаточностью, нуждающегося в регулярном проведении

заместительной почечной терапии методом гемодиализа или перитонеального диализа, оплата производится за законченный случай по соответствующей КПП и за каждый сеанс гемодиализа (перитонеального диализа).

2.16.3. Порядок оплаты прерванных случаев лечения, в том числе при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

При переводе пациента из дневного стационара в круглосуточный стационар по медицинским показаниям в пределах одной медицинской организации, а так же при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оплачиваются оба случая лечения и подлежат 100-% экспертизе качества медицинской помощи, проводимой СМО.

2.16.4. Порядок оплаты сверхкоротких случаев лечения.

Случаи лечения с проведением хирургических операций оплачивается в размере 70 % от стоимости законченного случая по соответствующей КПП. День поступления и день выписки в дневном стационаре считаются за 2 пациенто-дня (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2003 № 545).

2.16.5. Порядок отбора и направления застрахованных лиц из числа жителей Республики Крым на лечение бесплодия методом ЭКО определяется Министерством здравоохранения Республики Крым.

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

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) застрахованным лицам в Республики Крым осуществляется:

- по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, исходя из численности застрахованных лиц.

Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования осуществляется страховой медицинской организацией на основании акта сверки численности застрахованных лиц, по состоянию на первое число расчетного месяца.

- за вызов бригады скорой медицинской помощи оказанной застрахованным лицам с проведением тромболизиса.

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) застрахованным лицам в других субъектах РФ осуществляется:

- за вызов скорой медицинской помощи.

### **3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи**

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи применяются для возмещения расходов медицинским организациям, включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе ОМС Республики Крым, при оказании медицинской помощи застрахованным в Республике Крым лицам и лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

Тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС являются неотъемлемой частью Тарифного соглашения и приведены в приложениях к настоящему Тарифному соглашению.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи сформированы в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, установленной Правилами ОМС и иными нормативными документами.

3.3. Тарифы на оплату медицинской помощи являются едиными для всех СМО, осуществляющих деятельность в системе ОМС Республики Крым. Сумма счета на оплату медицинской помощи в системе ОМС при расчетах между СМО и медицинскими организациями осуществляется в полных рублях (сумма 50 копеек и более округляется до полного рубля, а менее 50 копеек не учитывается).

3.4. При оплате медицинской помощи применяются групповые тарифы, которые дифференцируются по уровням оплаты стационарной помощи.

3.5. Структура тарифов на оплату медицинской помощи установлена в соответствии с Территориальной программой ОМС, в том числе в части базовой программы ОМС с указанием долей расходования средств в процентах по направлениям расходования средств:

а) расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты;

б) приобретение лекарственных средств и расходных материалов;

в) приобретение продуктов питания (допускается расходования средств ОМС на приобретение продуктов питания при лечении детей в условиях дневного стационара.

г) прочие статьи: затраты на приобретение мягкого инвентаря, медицинского инструментария, 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 (за исключением капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения), 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.

Предельные нормативы расходов в структуре тарифа, связанные с расходами на аутсорсинговые услуги, могут быть уменьшены по статьям (приобретение продуктов питания, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов) в счет увеличения нормативов расходов на прочие статьи (прочие статьи).

В структуру тарифа не включаются расходы медицинских организаций по оказанию медицинской помощи, финансовое обеспечение которых в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий, осуществляется за счет бюджетных ассигнований бюджета Республики Крым и иных источников.

3.6. При определении соответствующих направлений расходования средств следует руководствоваться Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными приказом Министерства финансов Российской Федерации от 01.07.2013 № 65н, Классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 1 января 2002 года № 1, и Общероссийским классификатором основных фондов ОК 013-94, утвержденным постановлением Госстандарта России от 26 декабря 1994 года № 359.

3.7. Тарифы на оплату медицинской помощи в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, включая денежные выплаты:

врачам-терапевтам участковым; врачам-педиатрам участковым; врачам общей практики (семейным врачам); медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрами 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, в том числе за проведение профилактических

мероприятий.

3.8. Рекомендуемые нормативы расходов в структуре тарифа на оплату медицинской помощи по Территориальной программе ОМС составляют:

	Доля расходов, %			
	Расходы на оплату труда, начисления на выплаты по оплате труда и прочие выплаты не менее, %	Приобретение медикаментов и расходных материалов не менее, %	Приобретение продуктов питания не менее, %	Прочие расходы (мягкий инв., 221, 222, 223, 224, 225, 226, 290, 310, 340) не более, %
Стационарная медицинская помощь				
III уровень	63,5*	17,2	4,0	15,3
II уровень	62,6	16,8	4,0	16,6
I уровень	60,4	15,7	4,0	19,9
Амбулаторная медицинская помощь	75,0	5,0	-	20,0
Стоматологическая помощь	65,0	15,0	-	20,0
Медицинская помощь в дневных стационарах	59,6	21,8	1*	17,6
Скорая медицинская помощь:				
без применения тромболитической терапии	75,0	5,0	-	20,0
с применением тромболитической терапии	2,3	97,2	-	0,5
Гемодиализ	24,0	73,0	-	3,0
Перитонеальный диализ	10,0	87,0	-	3,0
Применение вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО)	25,0	70,0	-	5,0
Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП)	30,0	64,5	1,0	4,5

\* допускается расходование средств ОМС на приобретение специализированного питания для категорий медицинских работников за вредные и опасные условия труда;

3.9. Расходы на оплату труда выше рекомендуемых нормативов, установленных п.3.8. настоящего Тарифного соглашения, осуществляется

при условии обеспечения в полном объеме необходимых для оказания медицинской помощи материальных затрат в соответствии со стандартами медицинской помощи и при экономии расходов по прочим статьям, а также при отсутствии кредиторской задолженности.

3.10. В случае невыполнения медицинскими организациями утвержденных плановых объемов предоставления медицинской помощи, выплата заработной платы и оплата других расходов в рамках Территориальной программы ОМС, включенных в территориальные нормативы финансовых затрат, за невыполненный объем не являются обязательством системы ОМС.

3.11. Использование медицинскими организациями средств ОМС на финансирование медицинской помощи, не включенной в Территориальную программу ОМС, а также на оплату видов расходов, не включенных в структуру тарифов, является нецелевым.

3.12. Средства имеющие целевое назначение медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, медицинская организация уплачивает в бюджет ТФОМС Республики Крым штраф в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет ТФОМС Республики Крым в течение 10 рабочих дней со дня предъявления ТФОМС Республики Крым соответствующего требования.

3.13. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях предусматривают компенсацию расходов на посещение врачей определенных специальностей, медицинских работников со средним медицинским образованием, ведущих самостоятельный прием и компенсацию расходов медицинской организации на весь комплекс мероприятий по диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации.

Доставка больного на сеанс гемодиализа для оказания медицинской помощи в состав тарифа не включен.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Республики Крым, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу

объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет 3089,9 рублей в год.

Размер подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях - 121,00 рублей (в том числе медицинская помощь по поводу заболевания - 75,2 %, по поводу профилактики - 24,8%)

Расчет подушевых нормативов финансирования медицинских организаций производится с учетом половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования.

К подушевому нормативу финансирования применяются коэффициенты дифференциации по уровню расходов на содержания отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов);

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

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, предусматривают компенсацию расходов в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в рамках законченного случая.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Республики Крым, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет 3927,4 рублей в год.

Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, рассчитываются с учетом:

а) коэффициентов относительной затроемкости (КЗкпг);  
б) коэффициентом уровня оказания стационарной медицинской помощи (КУСмо):

в) коэффициентом сложности лечения пациента (КСЛП):

- сложность лечения пациента, связанная с возрастом, а также необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет) – 1,2;

- необходимость предоставления спального места и питания законному представителю ребенка после достижения им возраста 4 лет при наличии медицинских показателей – 1,2;

- сложность лечения пациента, связана с возрастом (лица старше 75 лет) – 1,2;

- сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показателями – 1,5

г) управленческим коэффициентом:

управленческий коэффициент (КУкпг/кcg) – 1,0

- д) коэффициент дифференциации:  
коэффициент дифференциации (КД) – 1,0

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре по КПП (ССкпп/кcg) определяется по следующей формуле:

$$ССкпп/кcg = БС * КЗкпп/кcg * ПК * КД$$

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

КЗкпп/кcg – коэффициент относительной затратоемкости по КПП/КСГли КПП, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

ПК – поправочный коэффициент оплаты КПП/КСГ (интегрированный коэффициент, устанавливаемый на региональном уровне)

КД - коэффициент дифференциации.

$$ПК = КУкпп/кcg * КУСмо * КСЛП$$

КУСмо – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

КУкпп/кcg – управленческий коэффициент по КПП/КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

Стоимость законченного случая лечения включает в себя 2 знака после запятой).

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КПП (базовая ставка (БС) – 18 350,00 рублей.

3.17. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, предусматривают компенсацию расходов как по основному профилю дневного стационара, так и расходов параклинических подразделений.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Республики Крым, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет 685,8 рублей в год.

Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара рассчитываются с учетом:

- а) коэффициентов относительной затратоемкости (КЗкпп);

б) коэффициентом уровня оказания стационарной медицинской помощи (КУСмо) – 1,0;

в) коэффициентом сложности лечения пациента (КСЛП) – 1,0;

г) управленческим коэффициентом:

управленческий коэффициент (КУкпг/кcg) – 1,0

д) коэффициент дифференциации:

коэффициент дифференциации (КД) – 1,0

Стоимость одного случая лечения заболевания в дневном стационаре по КПП (ССкпг) определяется по следующей формуле:

$$ССкпг/кcg = БС * КЗкпг/кcg * ПК * КД$$

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

КЗкпг/кcg – коэффициент относительной затроемкости по КПП/КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

ПК – поправочный коэффициент оплаты КПП/КСГ (интегрированный коэффициент, устанавливаемый на региональном уровне)

КД - коэффициент дифференциации.

$$ПК = КУкпг/кcg * КУСмо * КСЛП$$

КУСмо – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

КУкпг/кcg – управленческий коэффициент по КПП/КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

Стоимость законченного случая лечения включает в себя 2 знака после запятой).

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КПП (базовая ставка (БС) – 11 050,00 рублей

3.18. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Республики Крым, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет 524,3 рублей в год.

Средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи составляет 39 рублей

Расчет подушевых нормативов финансирования производится с учетом половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования

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

4.1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (далее – Контроль) осуществляется СМО и ТФОМС Республики Крым в соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

4.2. В случае выявления по результатам Контроля нарушений при оказании медицинской помощи к медицинской организации применяются меры, установленные Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), размеров и условий применения финансовых санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Крым.

**5. Заключительные положения**

5.1. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента их подписания сторонами.

5.2. Индексация тарифов на оплату медицинской помощи производится при наличии экономии средств обязательного медицинского страхования по результатам выполнения Территориальной программы ОМС и (или) при увеличении доходов бюджета ТФОМС Республики Крым направляемых, на выполнение Территориальной программы бюджета ОМС.

5.3. Тарифное соглашение считается действующим при условии подписания его представителями всех сторон.

5.4. Настоящее Тарифное соглашение распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2016 года и действует по 31 декабря 2016 года.

5.5. Настоящее Тарифное соглашение включает в себя 46 приложений, являющихся неотъемлемой частью Тарифного соглашения.

5.6. Настоящее Тарифное соглашение составлено и подписано в единственном экземпляре, который хранится в Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Республики Крым.

Приложения к настоящему Тарифному соглашению:

№ приложения	Наименование приложения
1	Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц
2	Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц
3	Перечень медицинских организаций 3-го уровня (не имеющих прикрепившихся лиц)
4	Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива
5	Коэффициенты дифференциации по уровню расходов на содержания отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов)
6	Тарифы на оплату подушевого норматива в условиях амбулаторно поликлинической помощи
7	Тарифы на медицинские услуги в амбулаторно-поликлинических условиях, предоставляемые по территориальной программе обязательного медицинского страхования обращения по заболеванию (для медицинских организаций 3-го уровня)
8	Тарифы на медицинские услуги в амбулаторно-поликлинических условиях, предоставляемые по территориальной программе обязательного медицинского страхования в связи с обращением по заболеванию
9	Тарифы на медицинские услуги в амбулаторно-поликлинических условиях посещения с профилактической целью, предоставляемые по территориальной программе обязательного медицинского страхования (для медицинских организаций 3-го уровня)
10	Тарифы на медицинские услуги в амбулаторно-поликлинических условиях посещения с профилактической целью, предоставляемые по территориальной программе обязательного медицинского страхования
11	Тарифы на медицинские услуги в амбулаторно-поликлинических условиях, предоставляемые по

	территориальной программе обязательного медицинского страхования (разовые посещения по заболеванию для медицинских организаций 3-го уровня)
12	Тарифы на медицинские услуги в амбулаторно-поликлинических условиях, предоставляемые по территориальной программе обязательного медицинского страхования разовые посещения по заболеванию
13	Тарифы на медицинские услуги в амбулаторно-поликлинических условиях, оказываемой в неотложной форме, предоставляемые по территориальной программе обязательного медицинского страхования (для медицинских организаций 3-го уровня)
14	Тарифы на медицинские услуги в амбулаторно-поликлинических условиях, оказываемой в неотложной форме, предоставляемые по территориальной программе обязательного медицинского страхования
15	Тарифы на медицинские услуги в амбулаторно-поликлинических условиях, оказываемой в неотложной форме в приемном покое не требующие госпитализации, предоставляемые по территориальной программе обязательного медицинского страхования (для медицинских организаций 3-го уровня)
16	Тарифы на медицинские услуги в амбулаторно-поликлинических условиях, оказываемой в неотложной форме в приемном покое не требующие госпитализации, предоставляемые по территориальной программе обязательного медицинского страхования
17	Тарифы на оплату мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения
18	Тарифы по профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения
19	Тарифы на оплату периодических медицинских осмотров несовершеннолетних
20	Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних
21	Тарифы на оплату предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних
22	Тарифы на оплату диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации
23	Тарифы на оплату диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку

	(попечительство), в приемную или патронатную семью
24	Тарифы на оплату медицинских услуг (гемодиализ, перитонеальный диализ)
25	Тарифы на оплату цитологического исследования (жидкостная цитология), исследований на рентгеновском компьютерном томографе и магнитно-резонансном томографе, выполненных амбулаторным больным
26	Порядок взаиморасчетов между медицинскими организациями производимые страховыми медицинскими организациями
27	Тарифы на лечебно-диагностические услуги и для проведения взаиморасчетов между медицинскими организациями проводимые в рамках диспансеризации определенных групп населения, диспансерным наблюдением, профилактическим осмотром утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации
28	Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ)
29	Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях 1 уровень
30	Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях 2 уровень
31	Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях 3 уровень
32	Коэффициенты относительной затроемкости КПП в стационарных условиях
33	Перечень медицинских организаций оказывающие ВМП
34	Коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи
35	Средняя длительность пребывания больного в стационаре
36	Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи
37	Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневных стационаров
38	Коэффициенты относительной затроемкости КПП в условиях дневных стационаров
39	Средняя длительность пребывания больного в дневном стационаре

40	Тарифы на оплату законченного случая оказания медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО)
41	Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования
42	Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива
43	Тарифы на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования.
44	Тариф на оплату скорой медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на других территориях РФ.
45	Тариф скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии
46	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), размеров и условий применения финансовых санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории республики Крым

Министр здравоохранения  
Республики Крым

  
А.И. Голенко

«25» декабря 2015 г.



Председатель Крымской  
ассоциации врачей

  
Л.Э. Мусаева

«25» декабря 2015 г.

Генеральный директор  
ООО «СМК» Крыммедстрах»

  
Е. А. Сидорова

«25» декабря 2015 г.



И.о директора филиала  
ООО «МСК «МАКСИМУС»

  
А.М. Матюшин

«25» декабря 2015 г.



Директор  
Территориального фонда  
обязательного медицинского  
страхования Республики Крым

  
А.Ю. Карпеев

«25» декабря 2015 г.



Председатель Крымской  
республиканской организация  
профсоюза работников  
здравоохранения Российской  
Федерации

  
О.Г. Турчанинова

«25» декабря 2015 г.



Директор филиала ООО  
«Крымская страховая медицинская  
компания» ООО «КСМК»

  
Н.Ю. Залесова

«25» декабря 2015 г.

