Приложение 1
к тарифному соглашению
в сфере обязательного медицинского
страхования на территории
Ставропольского края
от 24 января 2025 года

ПЕРЕЧЕНЬ
ОСНОВНЫХ ТЕРМИНОВ, ПОНЯТИЙ И СОКРАЩЕНИЙ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В НАСТОЯЩЕМ ТАРИФНОМ СОГЛАШЕНИИ

Для целей настоящего тарифного соглашения используются следующие основные термины, понятия и сокращения:

1) Федеральный закон – Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

2) застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется ОМС в соответствии с Федеральным законом;

3) базовая программа ОМС – составная часть Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и плановый период 2026 и 2027 годов, утверждённой постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940;

4) Территориальная программа – Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ставропольского края на 2025 год и плановый период 2026 и 2027 годов, утверждённая постановлением Правительства Ставропольского края от 27.12.2024 № 784-п;

5) территориальная программа ОМС – составная часть Территориальной программы, определяющая перечень заболеваний, в связи с которыми представляется страховое обеспечение, объёмы и условия оказания медицинской помощи в связи с наступлением страхового случая, способы оплаты оказанной застрахованным лицам медицинской помощи и другие условия оказания медицинской помощи за счёт средств ОМС;

6) сверхбазовая программа ОМС – перечень страховых случаев, виды и условия оказания медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС в дополнение к базовой программе ОМС;

7) Комиссия – комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ставропольском крае, созданная постановлением Правительства Ставропольского края от 03.10.2012 № 365-п;

8) Правила – Правила обязательного медицинского страхования, утверждённые приказом Министерством здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н;

9) МКБ 10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра, принятая 43-й Всемирной Ассамблеей Здравоохранения;

10) Номенклатура – Номенклатура медицинских услуг, утверждённая приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

11) Перечень ЖНиВЛП – Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, устанавливаемый в соответствии с Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;

12) Порядок контроля – Порядок организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утверждённый приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н;

13) Требования – Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утверждённые приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н;

14) Методические рекомендации – Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования, направленные совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

15) тариф – сумма возмещения расходов медицинских организаций на единицу объёма медицинской помощи в рублях с двумя знаками после запятой;

16) законченный случай оказания медицинской помощи – оказанный при наступлении страхового случая объём медицинской помощи, ограниченный временным интервалом, в результате которого достигнут клинический результат обращения застрахованного лица в медицинскую организацию;

17) законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе стоматологической помощи, – медицинская помощь, включая посещения, лабораторно-инструментальные исследования, осмотры врачей различных специальностей, манипуляции, выполняемые врачом и средним медицинским персоналом, оказанная пациенту по основному и сопутствующему заболеванию при обращении пациента в медицинскую организацию для получения медицинской помощи в амбулаторных условиях в необходимом для достижения клинического результата объёме;

18) законченный случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара – медицинская помощь, включая лабораторно-инструментальные исследования, осмотры врачей различных специальностей, манипуляции, выполняемые врачом и средним медицинским персоналом, оперативные вмешательства, анестезиологические и реанимационные пособия, оказанные пациенту в зависимости от его состояния по основному и сопутствующему заболеванию от момента поступления в медицинскую организацию (начала лечения) пациента до его выбытия (окончания лечения) в необходимом для достижения клинического результата

объеме, в том числе случаи оказания медицинской помощи, для которых длительность три дня и менее является оптимальным сроком лечения по перечню групп, определенному настоящим тарифным соглашением;

19) прерванный случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара – медицинская помощь, оказание которой было прервано по медицинским показаниям, при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменении условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объёме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения трех дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), кроме случаев для которых длительность три дня и менее является оптимальными сроками лечения, по перечню групп, определенному настоящим тарифным соглашением;

20) законченный случай оказания скорой медицинской помощи – медицинская помощь, включая лабораторно-инструментальные исследования, осмотры врачей различных специальностей, манипуляции, выполняемые врачом и средним медицинским персоналом, оперативные вмешательства, анестезиологические и реанимационные пособия, оказанная пациенту в экстренной или неотложной форме подразделением скорой медицинской помощи вне медицинской организации, в объёме, необходимом для купирования состояния, требующего срочного медицинского вмешательства, или до доставки пациента в медицинскую организацию;

21) базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях – объём средств в расчёте на одно застрахованное лицо, прикрепившееся или обслуживаемое медицинской организацией при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, за исключением средств на оплату медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами;

22) базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи – объём средств в расчёте на одно застрахованное лицо, обслуживаемое медицинской организацией при оказании скорой медицинской помощи за исключением средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов;

23) фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования ФДПн – размер средств в расчёте на одно застрахованное лицо, прикрепившееся или обслуживаемое медицинской организацией при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рассчитанный на основе дифференцированного подушевого норматива и поправочного коэффициента;

24) фактический размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (далее – $ФРФО_{ФАП}$) – дифференцированный для группы (подгруппы) фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным Положением об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утверждённым приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н, размер средств финансового обеспечения в расчёте на один фельдшерский или фельдшерско-акушерских пункт;

24.1) ФАП – фельдшерско-акушерских пункт, организованный для оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи и паллиативной медицинской помощи населению в сельских населенных пунктах;

24.2) ФП – фельдшерский здравпункт, организованный для оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи и паллиативной медицинской помощи населению в сельских населенных пунктах с малой численностью населения и (или) находящихся на значительном удалении от медицинских организаций, в том числе ФАП, либо при наличии водных, горных и иных преград, а также в случае преимущественного (более 40%) проживания в них лиц старше трудоспособного возраста;

25) ДШО – подразделение амбулаторно-поликлинического учреждения или другой медицинской организации, расположенное в образовательной организации;

26) посещение – контакт пациента с врачом и (или) средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный приём, по любому поводу с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом);

27) профилактическое посещение – случай поликлинического обслуживания, не связанный с заболеванием, в том числе осмотр отдельных контингентов здорового населения (дети первых шести лет жизни, школьники, подростки (юноши и девушки), женщины с нормально протекающей беременностью), а также посещение по поводу проведения прививок в соответствии с Национальным календарём профилактических прививок и Календарём профилактических прививок по эпидемическим показаниям[1] и иными нормативными документами, осмотр здорового населения;

---

[1] Национальный календарь профилактических прививок, календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядок проведения профилактических

28) диспансерное посещение – комплексное посещение, проводимое с определённой периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц;

29) патронаж – активное посещение больных по инициативе врача (среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный приём), наблюдение на дому беременных и матерей в первое время после родов, наблюдение новорождённых и детей до трёх лет жизни, динамическое наблюдение за контактными лицами в эпидемиологическом очаге (источник инфекции) и т.п. (подлежит учёту в качестве профилактического посещения);

30) консультативное посещение – случай поликлинического обслуживания, выполненный по направлению лечащего врача к врачу-специалисту по поводу уточнения диагноза, обследования, лечения или коррекции всей тактики ведения больного;

31) разовое (однократное) посещение в связи с заболеванием – случай поликлинического обслуживания, связанный с заболеванием, в том числе прерванный в связи с госпитализацией пациента, направлением для продолжения лечения в другую медицинскую организацию, отказом пациента от дальнейшего лечения (подлежит учёту в качестве профилактического посещения);

32) посещение при оказании неотложной помощи – случай оказания медицинской помощи в неотложной форме больным при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи, в том числе на дому и в амбулаторных условиях персоналом больничных подразделений и подразделений скорой медицинской помощи больным при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи, в том числе на дому;

33) посещение, выполненное мобильной медицинской бригадой – случай оказания амбулаторной медицинской помощи мобильной медицинской бригадой жителям населённых пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учётом климатогеографических условий[2] (подлежит учёту в качестве профилактического посещения);

прививок утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2021 № 1122н.

[2] Правила организации деятельности мобильными медицинскими бригадами утверждены приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

34) прочее посещение – случай поликлинического обслуживания, не связанный с заболеванием и обследованием пациента: посещение для повторной выписки рецепта, закрытия листка нетрудоспособности по уходу за больным и т.п. (подлежит учёту в качестве профилактического посещения);

35) доврачебное посещение – посещение, оказанное средним медицинским персоналом в случаях ведения самостоятельного приёма во врачебном амбулаторно-поликлиническом учреждении, фельдшерско-акушерском пункте, школе, дошкольном учреждении (подлежит учёту в качестве профилактического посещения);

36) посещение в приёмном отделении – случай оказания медицинской помощи в неотложной форме, в том числе с использованием параклинических методов исследования, не завершившийся госпитализацией застрахованного лица в данную медицинскую организацию;

37) условная единица трудоёмкости при оказании стоматологической помощи (далее – УЕТ) – норматив времени, затраченный на оказание стоматологической медицинской помощи (на выполнение объёма работы врача на терапевтическом, хирургическом приёме) и необходимый для лечения среднего кариеса при наложении одной пломбы;

38) обращение – законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе необходимые диагностические и лечебные услуги, приёмы лечащего врача и консультации врачей-специалистов;

39) обращение в связи с заболеванием – законченный случай оказания пациенту амбулаторно-поликлинического учреждения, соответствующего структурного подразделения больничного учреждения или другой медицинской организации, в том числе оказывающего специализированную медицинскую помощь, в связи с заболеванием, включая необходимые диагностические обследования и консультации врачей-специалистов (при оказании медицинской помощи, не требующей экстренных или неотложных мероприятий), в том числе посещение по поводу заболевания пациента на дому врачом или средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный приём, включающий в себя не менее двух посещений по поводу одного заболевания;

40) комплексное посещение при проведении диспансерного наблюдения и профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации определённых групп населения – законченный случай оказания пациенту амбулаторной медицинской помощи, включающий объём функциональных, лабораторных исследований и врачебных осмотров, предусмотренных порядком их проведения, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации;

41) комплексное посещение при проведении медицинской реабилитации в амбулаторных условиях – законченный случай оказания пациенту амбулаторной медицинской помощи, (включая проведение медицинской реабилитации на дому), включающий объём функциональных, лабораторных

исследований и врачебных осмотров, предусмотренных порядками организации медицинской реабилитации для взрослого и детского населения, утверждёнными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н и от 23.10.2019 № 878н соответственно;

42) внешняя медицинская услуга – дорогостоящая диагностическая или лечебная услуга, оказываемая застрахованным лицам в медицинской организации – исполнителе согласно решению Комиссии и в установленном ею объёме исходя из потребности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь (по направлению врача-специалиста медицинской организации – заказчика), и оплачиваемая согласно настоящему тарифному соглашению;

43) случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в качестве оформления которого предусмотрено ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объёма медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС;

44) высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП) – часть специализированной медицинской помощи, включающая в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоёмких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники;

45) клинико-статистическая группа заболеваний (далее – КСГ) – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов, а также средней ресурсоёмкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

46) подгруппа в составе КСГ – группа заболеваний, выделенная в составе КСГ с учётом классификационных критериев, установленных настоящим тарифным соглашением, для которой установлен коэффициент относительной затратоёмкости, отличный от коэффициента относительной затратоёмкости КСГ согласно Методических рекомендаций;

47) правила группировки КСГ – правила применения перечня КСГ, которые определены расшифровками КСГ и Методическими рекомендациями;

48) базовая ставка – средний объём финансового обеспечения медицинской помощи в расчёте на одного пролеченного пациента, определённый исходя из нормативов объёмов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи, установленных Территориальной программой, с учётом других параметров, предусмотренных Методическими рекомендациями (средняя стоимость законченного случая лечения);

49) коэффициент дифференциации (далее – КД) – установленный постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для отдельных территорий, используемый в расчёте тарифов;

50) коэффициент относительной затратоёмкости (далее – $КЗ_{КСГ}$) – устанавливаемый Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и плановый период 2026 и 2027 годов коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объёму финансового обеспечения медицинской помощи в расчёте на одного пролеченного пациента (базовой ставке тарифа);

51) коэффициент дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее – $КД_{ОТ}$) – коэффициент, применяемый к базовому подушевому нормативу финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, учитывающий наличие у медицинской организации подразделений, расположенных в сельской местности, отдалённых территориях, посёлках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями);

52) коэффициент специфики КСГ (далее – $КС_{КСГ}$) – коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учёта региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе заболеваний;

53) коэффициент уровня медицинской организации (далее – КУСмо) – коэффициент, которым учитывается различие расходов медицинских организаций в зависимости от вида и уровня оказания медицинской помощи с учётом маршрутизации пациентов по каждому профилю медицинской помощи;

54) коэффициент подуровня медицинской организации (далее – КПУ) – коэффициент, которым учитывается различие расходов медицинских организаций, отнесённых к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленных объективными причинами;

55) коэффициент сложности лечения пациента (далее – КСЛП) – коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

56) вызов скорой медицинской помощи – случай обращения в медицинскую организацию (отделение) скорой медицинской помощи по поводу заболевания, несчастного случая, травмы, отравления или другого состояния, представляющего угрозу жизни пациента, требующего срочного медицинского вмешательства вне медицинской организации, в результате

которого пациенту была оказана скорая медицинская помощь выездной бригадой скорой медицинской помощи;

57) ПСМП – подразделение скорой медицинской помощи;

58) медицинская эвакуация – транспортировка граждан в медицинские организации в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий), с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования;

59) региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц (далее – РС ЕРЗ) – форма персонифицированного учёта фондом сведений о застрахованных на территории Ставропольского края лицах, который является неотъемлемой частью Федерального единого регистра застрахованных лиц;

60) единый информационный ресурс Ставропольского края (далее – информационный ресурс) – информационная система, созданная фондом и предназначенная для информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями на территории Ставропольского края.