

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ
НА 2024 ГОД**

г. Чита

«08» февраля 2024 года

Мы, нижеподписавшиеся:

Ванчикова Аягма Гармаевна - заместитель Губернатора Забайкальского края, председатель Комиссии;

Чабан Сергей Николаевич – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Забайкальского края;

Петина Оксана Николаевна - заместитель председателя первичной организации профсоюза государственного учреждения здравоохранения «Клинический медицинский центр г. Читы»;

Шاپовалов Константин Геннадьевич - заместитель ректора ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России (проректор по дополнительному профессиональному образованию), вице-президент «Ассоциации анестезиологов-реаниматологов»;

Шелехова Наталья Владимировна - генеральный директор ГК «Забайкалмедстрах»,

решили утвердить Тарифное соглашение на медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края на 2024 год:

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

1.1. Настоящее Тарифное соглашение на медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края (далее – Тарифное соглашение) разработано в соответствии со следующими нормативными правовыми актами:

-Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – закон об ОМС);

-Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – закон об охране здоровья граждан);

-Правилами обязательного медицинского страхования», утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года №108н (далее – Правила ОМС);

-Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и плановый 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ от 28 декабря 2023 года № 2353 (далее - Базовая программа);

- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2023 года № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 года № 231н «Об утверждении порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательного медицинского страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»;

-Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07 апреля 2011 года № 79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Общие принципы);

-письмом Минздрава России «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (далее – Методические рекомендации);

-письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 января 2024 года № 31-2/И/2-1602 «О формировании и экономическом обоснования территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024-2026 годов»;

-Законом Забайкальского края от 27 декабря 2023 года № 2289-33К «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Забайкальского края на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 год (далее – закон о бюджете Фонда);

-Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Забайкальского края на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 год, утвержденной постановлением Правительства Забайкальского края от 29 декабря 2023 года № 744 (далее – Территориальная программа);

-другими нормативными правовыми актами, регулирующими отношения в системе обязательного медицинского страхования.

Тарифное соглашение разработано в целях установления общих принципов оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края, в соответствии с ежегодно утверждаемой Территориальной программой.

1.2. Тарифное соглашение заключается между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 закона об охране здоровья граждан, и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии,

создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 закона об ОМС.

1.3. В Тарифном соглашении используются термины и определения, установленные законом об ОМС, законом об охране здоровья граждан, Методическими рекомендациями, Базовой программой и Территориальной программой, другими нормативными правовыми актами, регуливающими отношения в системе обязательного медицинского страхования, а также принятые в настоящем Тарифном соглашении, в том числе следующие:

1.3.1. **Медицинские организации (далее – МО)** – имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в соответствии с законом об ОМС в единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования:

- организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;
- индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

1.3.2. **Медицинские организации, имеющие прикрепленных граждан** (далее – обслуживающие МО) – медицинские организации (клинические медицинские центры, поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций) любой формы собственности, участвующие в реализации Территориальной программы и имеющие прикрепленных граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, оплата медицинской помощи которых осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу за прикрепленного гражданина, сформированному с учетом системы взаиморасчетов.

1.3.3. **Медицинские организации, не имеющие прикрепленных граждан** (далее – МО-исполнители) - медицинские организации (стационары, дневные стационары медицинских организаций, поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций), оказывающие внешние медицинские услуги. Обслуживающая МО является одновременно МО-исполнителем в случае оказания внешних медицинских услуг неприкрепленным гражданам.

1.3.4. **Внешние медицинские услуги** - консультативные, диагностические, лечебные медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях (далее - консультативные, диагностические, лечебные медицинские услуги) застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам, не прикрепленным к МО-исполнителю, по направлению обслуживающей МО, а также в бесспорном порядке.

1.3.5. **Система взаиморасчетов** - способ подушевого финансирования обслуживающей МО, при котором подушевой норматив включает финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность обслуживающей МО, и дополнительные средства (фонды), за счет которых производятся взаиморасчеты за внешние медицинские услуги, оказанные

прикрепленным к обслуживающей МО гражданам в МО-исполнителях, по тарифам для взаиморасчетов, действующим в сфере обязательного медицинского страхования.

1.3.6. Направление - документ, оформленный обслуживающей МО и выданный прикрепленному гражданину с целью получения им внешних медицинских услуг в МО-исполнителях, подлежащий строгой отчетности для осуществления учета объемов оказанной медицинской помощи и контроля в системе взаиморасчетов между медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы.

1.3.7. Посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме – посещение при возникновении внезапных острых заболеваний, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи.

1.3.8. Обращение по поводу заболевания – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

1.3.9. Врачебное посещение (посещение пациентом врача в поликлинике (амбулатории), диспансере, женской консультации или посещение пациента врачом на дому) - это контакт пациента с врачом, ведущим амбулаторный (в том числе консультативный) прием, по любому поводу с последующей записью в амбулаторной карте (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

1.3.10. Посещение приемного покоя - случай оказания неотложной медицинской помощи (с использованием параклинических и диагностических исследований) в приемном отделении (приемном покое) стационара больному, не подлежащему госпитализации.

1.3.11. Способ оплаты медицинской помощи - установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и территориальной программой способ финансирования медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в тех или иных условиях, установленных законом об охране здоровья граждан.

1.3.12. Дифференцированный подушевой норматив финансирования обслуживающей МО – тариф на оплату медицинской помощи, оказанной в системе обязательного медицинского страхования, представляющий собой ежемесячный объем финансирования конкретной обслуживающей МО на 1 прикрепленного гражданина, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию.

1.3.13. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) - тариф на оплату скорой медицинской помощи в расчете на 1 застрахованного гражданина, обслуживаемого

станцией скорой медицинской помощи или отделениями скорой медицинской помощи, входящими в состав медицинских организаций.

1.3.14. Условная единица трудоемкости (далее – УЕТ) – норматив времени, затрачиваемый при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врачом-стоматологом и зубным врачом на терапевтическом, хирургическом, ортодонтическом приеме.

1.3.15. Оплата на основе согласованных объемов – способ оплаты медицинской помощи, при котором размер оплаты определяется стоимостью согласованных объемов медицинской помощи.

1.3.16. Объемы медицинской помощи – установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования объемы предоставления медицинской помощи, распределенные Краевой комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи.

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

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

1.3.19. Оплата медицинской помощи по КСГ – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратоемкости и поправочных коэффициентов.

1.3.20. Базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом коэффициента приведения.

1.3.21. Коэффициент относительной затратоемкости – устанавливаемый настоящими рекомендациями коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

1.3.22. Коэффициент дифференциации – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, рассчитанный в соответствии с

постановлением правительства Российской Федерации от 5 мая 2012г. № 462, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации.

1.3.23. Поправочные коэффициенты – устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов.

1.3.24. Коэффициент специфики – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе заболеваний.

1.3.25. Коэффициент уровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

1.3.26. Коэффициент подуровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленный объективными причинами.

1.3.27. Коэффициент сложности лечения пациентов – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

1.4. Способы и порядок оплаты медицинской помощи, не предусмотренные Тарифным соглашением, не применяются.

1.5. Перечень заболеваний, виды, объемы и условия предоставления медицинской помощи, оказываемой населению за счет средств обязательного медицинского страхования, определяются Территориальной программой. Объем средств на финансирование Территориальной программы определяется на основании закона о бюджете Фонда на очередной год, утвержденного в установленном порядке.

Медицинская помощь, оказанная в объемах, превышающих установленные Территориальной программой, оплате за счет средств обязательного медицинского страхования не подлежит.

1.6. Прикрепление застрахованных граждан к медицинской организации для оказания им первичной медико-санитарной помощи осуществляется на основании заявления о выборе медицинской организации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 года № 406н «Об

утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 года № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи».

В случае отсутствия факта выбора гражданином медицинской организации по заявлению прикрепление осуществляется по территориальному принципу в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Забайкальского края от 24 марта 2020 года №139/ОД «Об утверждении зон по территориально-участковому принципу медицинскими организациями Забайкальского края» (с учетом внесенных изменений).

Порядок прикрепления граждан, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края, к медицинским организациям Забайкальского края для оказания первичной медико-санитарной помощи определяется приказом ТФОМС Забайкальского края и является обязательным для всех участников обязательного медицинского страхования.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края (далее – Фонд) ежемесячно представляет медицинской организации и страховой медицинской организации (в срок не позднее 5-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным) приказ об утверждении численности прикрепленных к медицинской организации граждан, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края (далее – приказ о прикреплении) на отчетный период.

1.6.1. В случае реорганизации **в форме слияния** медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, граждане, прикрепившиеся по заявлению на обслуживание к каждой из реорганизуемых медицинских организаций в соответствии с приказом Минздравсоцразвития от 26 апреля 2012 года № 406н, с момента завершения реорганизации считаются прикрепленными **к вновь созданной медицинской организации**.

1.6.2. В целях соблюдения прав граждан, указанных в п. 1.6.1., на выбор медицинской организации, вновь созданная медицинская организация размещает информацию о проведенной реорганизации, а также о праве выбора медицинской организации и порядке его осуществления в соответствии с приказом Минздравсоцразвития от 26 апреля 2012 года № 406н на своем информационном стенде.

1.6.3. В случае реорганизации медицинской организации **в форме присоединения** к другой медицинской организации, работающей в системе обязательного медицинского страхования, граждане, прикрепившиеся по

заявлению на обслуживание к реорганизуемой медицинской организации в соответствии с приказом Минздравсоцразвития от 26 апреля 2012 года № 406н, с момента завершения реорганизации считаются прикрепленными **к медицинской организации, к которой присоединилась реорганизованная медицинская организация.**

1.6.4. В целях соблюдения прав граждан, указанных в п. 1.6.3., на выбор медицинской организации, медицинская организация, к которой присоединилась реорганизованная медицинская организация, размещает информацию о проведенной реорганизации, а также о праве выбора медицинской организации и порядке его осуществления в соответствии с приказом Минздравсоцразвития от 26 апреля 2012 года № 406н на своем информационном стенде.

1.7. Для отделений (станций) скорой медицинской помощи численность прикрепленных застрахованных граждан формируется по территории зоны обслуживания. Фонд ежемесячно представляет медицинской организации и страховой медицинской организации (в срок не позднее 5-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным) приказ об утверждении численности прикрепленных граждан, застрахованных в системе ОМС Забайкальского края, по обслуживаемой территории (далее – приказ о прикреплении СМП) на отчетный период.

1.8. Для вновь созданных медицинских организаций, образованных в результате проведенной реорганизации юридических лиц в форме слияния, срок подачи уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования составляет один месяц с момента внесения записи о такой организации в Единый государственный реестр юридических лиц.

При этом, созданная путем реорганизации в форме слияния медицинская организация при подаче уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования вправе приложить к нему копии лицензий реорганизованных медицинских организаций в случае осуществления деятельности, указанной в таких лицензиях, с условием представления сведений о переоформленной лицензии в течение двух рабочих дней с даты ее получения.

1.9. В системе обязательного медицинского страхования оплате подлежат лицензированные виды медицинской помощи.

1.10. Транспортировка пациентов, не требующих проведения мероприятий по оказанию скорой медицинской помощи, а также применения медицинского оборудования, в том числе на плановую консультацию или на прием к врачу или обследование, перевозка и доставка консультантов, обслуживающего персонала медицинских организаций, медицинских препаратов из одной медицинской организации в другую медицинскую организацию оплачиваются медицинской организацией, инициировавшей данную транспортировку, в рамках заключенных договоров на транспортные услуги.

1.11. В соответствии с действующим законодательством стороны, участвующие в приеме-передаче данных в системе обязательного медицинского страхования, несут ответственность за передачу сторонним лицам сведений из полученных реестров, составляющих врачебную тайну, а также персональных данных.

II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, на территории Забайкальского края применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

2.1.1. по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее – молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

2.1.2. за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

- медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

- медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства

подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

- отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;

- медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, включенной в систему взаиморасчетов

2.2. В системе взаиморасчетов в качестве обслуживающих МО (Приложение № 1) участвуют оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях медицинские организации любой формы собственности, участвующие в реализации Территориальной программы и имеющие прикрепленных граждан, застрахованных по ОМС, а в качестве МО-исполнителей - оказывающие внешние медицинские услуги медицинские организации любой формы собственности, участвующие в реализации Территориальной программы.

2.3. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц осуществляется финансовое обеспечение оказанной в амбулаторных условиях обслуживающими МО в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной доврачебной, первичной врачебной и первичной специализированной, в плановой форме.

Первичная медико-санитарная помощь включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Единицами объема первичной медико-санитарной помощи, оплачиваемой за счет подушевого норматива финансирования, являются посещения с профилактической и иными целями, обращения по поводу заболевания.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях на прикрепившихся лиц включает в себя, в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением

телемедицинских (дистанционных) технологий (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому), в том числе в референс-центрах, проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Расходы на ведение школ для больных сахарным диабетом осуществляются в рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц. При этом учитываются затраты на проведение занятий и проверку дневников самоконтроля, количество занятий, проводимых в школах сахарного диабета, в зависимости от типа заболевания.

Оплата случаев оказания медицинской помощи в Школах сахарного диабета осуществляется за комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля, при условии соответствия Правилам организации деятельности кабинета «Школа для больных сахарным диабетом» и стандартам оснащения кабинета «Школа для больных сахарным диабетом», утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.4. В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются:

- средства на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- средства на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин (в том числе второго этапа диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин);

- средства на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;

- средства на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов;

- средства на оплату медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

- средства оплаты медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме;

- средства на оплату диализа в амбулаторных условиях;
- средства на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях пациентам в приемных отделениях (приемных покоях) стационаров, госпитализация которых не состоялась;
- средства на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях беременным женщинам по поводу состояния, связанного с беременностью;
- средства на оплату медицинской помощи, оказываемой в Центрах здоровья обслуживающих медицинских организаций;
- средства на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях следующими медицинскими организациями (структурными подразделениями): ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр», ГУЗ «Городской родильный дом», травматологический пункт ГУЗ «Городская клиническая больница № 1», ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница», ГУЗ «Краевой врачебно-физкультурный диспансер».

2.5. Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования для обслуживающих МО, утверждаемого ежемесячно Комиссией, предусматривает объем финансирования медицинской организации на собственную деятельность и включает фонды для оплаты внешних медицинских услуг.

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях обслуживающей МО прикрепленным к ней лицам, производится СМО за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования путем ежемесячного перечисления средств в установленном порядке, на основании счета, принятого к оплате СМО, с учетом удержания из суммы счета средств, перечисляемых МО-исполнителям за оказание медицинской помощи прикрепленным к обслуживающей МО застрахованным гражданам.

2.6. Дифференцированные подушевые нормативы ежемесячно утверждаются протоколом Комиссии и доводятся ТФОМС до сведения СМО в течение пяти рабочих дней после даты утверждения. СМО осуществляет финансирование обслуживающих МО в соответствии с утвержденными дифференцированными подушевыми нормативами и численностью застрахованных граждан, прикрепленных к медицинской организации.

2.7. Определение ТФОМС численности прикрепленных к медицинским организациям граждан, а также обработка в СМО реестров счетов медицинских организаций осуществляется на основании ведущегося в ТФОМС регистра прикрепленного населения по состоянию на последний день (включительно) отчетного месяца.

2.8. Оплата внешних консультативных, диагностических, лечебных амбулаторных услуг, оказанных МО-исполнителем прикрепленному к обслуживающей МО гражданину по направлению врача-специалиста обслуживающей МО или при необходимости по направлению врача-специалиста МО-исполнителя при наличии у последнего первичного направления врача обслуживающей МО в отношении того же

прикрепленного гражданина производится СМО за фактическое количество оказанных внешних услуг за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования обслуживающей МО.

Оплата медицинской помощи в бесспорном порядке

2.9. В системе взаиморасчетов в бесспорном порядке (без представления направления) принимается к оплате медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях:

- застрахованным по ОМС детям, находящимся в дошкольном образовательном учреждении, оказанная специалистом медицинского кабинета, действующего при таком дошкольном образовательном учреждении;
- застрахованным по ОМС учащимся общеобразовательного учреждения, оказанная специалистом медицинского кабинета, организованного при таком общеобразовательном учреждении;
- застрахованным по ОМС, при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования и призыве на военные сборы, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе;
- при проведении осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования застрахованных по ОМС граждан, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей (в случае, если указанные граждане по уважительным причинам не могут получить медицинскую помощь по месту прикрепления);
- медицинское освидетельствование несовершеннолетнего на наличие или отсутствие у него заболевания, препятствующего его содержанию и обучению в специальном учебно-воспитательном учреждении закрытого типа;
- посещение врача перед проведением профилактической прививки;
- медицинская помощь, оказываемая в женских консультациях по территориально-участковому принципу на базе ГУЗ «Клинический медицинский центр г. Читы», ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Читы, ГУЗ «Краевая больница № 3», ГУЗ «Краевая больница № 4»;
- стоматологическая медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях;
- телемедицинские консультации (код услуги 627002 «Телемедицинские консультации врачей специалистов»);
- консультирование медицинским психологом (по направлению лечащего врача) пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного

медицинского страхования (коды услуг 601048, 602048 «Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога»).

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, не включенной в систему взаиморасчетов

2.10. В систему взаиморасчетов не включается медицинская помощь, оказанная медицинскими организациями, не участвующими в данной системе (Приложение №1), а также медицинская помощь, указанная в настоящем разделе Тарифного соглашения.

2.11. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, не участвующими в системе взаиморасчетов, осуществляется СМО на основании счетов ежемесячно в соответствии с количеством фактически оказанных медицинских услуг в пределах согласованных объемов и соответствующей им стоимости медицинской помощи в амбулаторных условиях по Территориальной программе, установленных решением Комиссии в разрезе каждой СМО, в соответствии с Договором (далее в настоящем разделе – в пределах согласованных объемов).

2.12. Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации:

от 27 апреля 2021 г. N 404н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (зарегистрировано в Минюсте России 30 июня 2021 г. N 64042);

от 10 августа 2017 г. N 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних" (зарегистрировано в Минюсте России 18 августа 2017 г. N 47855);

от 15 февраля 2013 г. N 72н "О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации" (зарегистрировано в Минюсте России 2 апреля 2013 г. N 27964);

от 21 апреля 2022 г. N 275н "Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью" (зарегистрировано в Минюсте России 29 апреля 2022 г. N 68366);

от 15 марта 2022 г. N 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (зарегистрировано в Минюсте России 21 апреля 2022 г. N 68288);

от 16 мая 2019 г. № 302н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период

обучения и воспитания в образовательных организациях» (зарегистрировано в Минюсте России 7 июня 2019 г. № 54887);

от 4 июня 2020 г. № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» (зарегистрировано в Минюсте России 26 июня 2020 г. № 58786) и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта "Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи" национального проекта "Здравоохранение").

Порядок направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке (далее - углубленная диспансеризация), утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. N 698н (зарегистрировано в Минюсте России 7 июля 2021 г. N 64157).

При этом проведение углубленной диспансеризации осуществляется вне зависимости от факта прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров или диспансеризации.

Оплата первого этапа диспансеризации детского и взрослого населения, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, осуществляется за комплексное посещение в пределах согласованных объемов.

Оплата первого этапа углубленной диспансеризации осуществляется за комплексное посещение в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, учитываемых при расчете стоимости комплексного посещения в соответствии с приложением № 5 к Базовой программе, в пределах согласованных объемов.

Оплата первого этапа диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин осуществляется за комплексное посещение в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, учитываемых при расчете стоимости комплексного посещения в соответствии с приложением N 6 к Базовой программе, в пределах согласованных объемов.

Оплата второго этапа диспансеризации детского и взрослого населения, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, осуществляется за фактически выполненное количество оказанных услуг по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением, в пределах согласованных объемов.

Второй этап диспансеризации детского и взрослого населения считается законченным в случае проведения дополнительных осмотров врачей – специалистов и исследований с целью уточнения диагноза заболевания (состояния) и определения группы состояния здоровья гражданина.

Оплата случаев диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, в том числе диспансерного наблюдения работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, осуществляется за комплексное посещение, включающее

стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Территориальный норматив объема медицинской помощи по диспансерному наблюдению включает в себя объемы медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам от 18 лет и старше, а также детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, и не включает в себя первое посещение в году, которое оплачивается в рамках профилактических осмотров.

Объем медицинской помощи по диспансерному наблюдению детей, за исключением проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, включен в норматив объема медицинской помощи по обращениям в связи с заболеванием.

Оплата случаев диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, осуществляется за фактически выполненное количество оказанных комплексных посещений по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением, в пределах согласованных объемов.

При проведении диспансеризации граждан, направленной на оценку их репродуктивного здоровья, в случае невозможности проведения всех исследований в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, для проведения указанных исследований медицинским работником медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, осуществляется забор материала для исследования и его направление в установленном порядке в иную медицинскую организацию, в том числе федеральную медицинскую организацию. В случае отсутствия в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, врача-акушера-гинеколога, врача-уролога (врача-хирурга, прошедшего подготовку по вопросам репродуктивного здоровья) данная медицинская организация привлекает к проведению диспансеризации соответствующих врачей иных медицинских организаций (в том числе на основе выездных форм их работы) с обязательным информированием гражданина о дате и времени работы этих врачей не менее чем за 3 рабочих дня до назначения даты приема (осмотра).

Если обслуживающая МО не имеет возможности самостоятельно выполнить необходимый комплекс медицинских услуг при проведении второго этапа диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, то данная медицинская организация осуществляет оказание этих медицинских услуг с привлечением иных медицинских организаций.

При этом услуги, необходимые для проведения второго этапа диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, страховая медицинская организация оплачивает той медицинской организации, которая фактически выполнила данные услуги по направлению обслуживающей МО по соответствующим тарифам, утвержденным Тарифным соглашением.

Для оплаты медицинских услуг, оказанных при диспансерном наблюдении по направлениям обслуживающих МО, используется модель оплаты медицинской помощи в рамках Договоров между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации, случай оказания медицинской услуги учитывается в реестре счетов обслуживающей МО в комплексном посещении по диспансерному наблюдению. Оплата медицинской помощи в рамках Договоров осуществляется, в том числе из средств, направленных страховой медицинской организацией в медицинскую организацию, отражающую случай диспансерного наблюдения в реестрах счетов.

2.13. Оплата процедур заместительной почечной терапии производится СМО путем ежемесячной оплаты фактического количества медицинских услуг по тарифам, установленным Тарифным соглашением, в пределах согласованных объемов.

2.14. Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, в травматологическом пункте ГУЗ «Городская клиническая больница № 1» оплачивается за фактическое количество законченных случаев по тарифам, установленным Тарифным соглашением, в пределах согласованных объемов.

2.15. Единицей объема первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в Центрах здоровья, созданных в медицинских организациях, являются:

а) посещение впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;

б) посещение обратившихся граждан для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача Центра здоровья, а также граждан, направленных медицинской организацией по месту прикрепления, медицинскими работниками образовательных организаций.

Оплата законченных случаев первичного и повторного обращений в Центры здоровья, Центры здоровья для детей производится за фактическое количество законченных случаев по тарифам, установленным Тарифным соглашением, в пределах согласованных объемов.

Законченный случай первичного обращения в Центр здоровья принимается к оплате при условии оказания гражданину всех видов медицинской помощи, установленных приказом Минздравсоцразвития России от 19 августа 2009 года №597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (далее – Приказ об организации Центров здоровья).

Законченный случай первичного обращения в Центр здоровья для детей принимается к оплате при условии оказания ребенку (подростку) всех видов

медицинской помощи, установленных Приказом об организации Центров здоровья. Повторное посещение Центра здоровья, Центра здоровья для детей принимается к оплате не ранее чем через месяц с даты законченного случая первичного обращения в Центр здоровья, Центр здоровья для детей в отношении одного и того же гражданина, ребенка (подростка).

2.16. Медицинская помощь, оказываемая беременным женщинам в медицинских организациях, по поводу состояния, связанного с беременностью и родами, оплачивается за фактическое количество оказанных услуг по тарифам, установленным Тарифным соглашением, в пределах согласованных объемов.

2.17. Медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме, в том числе медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях в приемных отделениях (приемных покоях) стационаров пациентам, госпитализация которых не состоялась, оплачивается за фактическое количество оказанных услуг по тарифам, установленным Тарифным соглашением, в пределах согласованных объемов.

2.18. Финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, осуществляется в соответствии с утвержденными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с учетом коэффициентов дифференциации тарифов для муниципальных образований Забайкальского края, понижающих и повышающих поправочных коэффициентов.

Финансирование ФП/ФАП в соответствии с размером финансового обеспечения и численностью прикрепленного (обслуживаемого) населения, осуществляется при условиях:

1) наличия лицензии на оказание медицинской помощи по адресу ФП/ФАП, кроме передвижных (мобильных);

2) наличия в регистре прикрепленного населения, ведущегося в ТФОМС, сведений о прикреплении к участкам, относящимся к ФП/ФАП на начало квартала.

Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности прикрепленного населения, с указанием соответствующего годового размера финансового обеспечения установлен Приложением № 11 к Тарифному соглашению.

Основанием для внесения изменений в объем финансового обеспечения ФП/ФАП являются сведения Министерства здравоохранения Забайкальского края о лицензиях, сведения ТФОМС о прикреплении населения к участкам, относящимся к ФП/ФАП.

Финансовое обеспечение ФП/ФАП осуществляется ежемесячно и составляет 1/12 размера финансового обеспечения, установленного в Приложении № 11 к Тарифному соглашению.

2.19. Оплата отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, осуществляется за фактическое количество оказанных услуг по тарифам, установленным Тарифным соглашением, в пределах согласованных объемов.

2.20. Оплата тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) осуществляется за фактическое количество оказанных услуг по тарифам, установленным Тарифным соглашением, в пределах согласованных объемов.

2.21. Оплата медицинской реабилитации (комплексное посещение) в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется за фактическое количество оказанных комплексных посещений по тарифам, установленным Тарифным соглашением, в пределах согласованных объемов.

**СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОКАЗАННОЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, В ТОМ ЧИСЛЕ ДЛЯ
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ (СТРУКТУРНЫХ
ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ), И В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

2.22. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (далее - госпитализация), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме 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, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Приложении №21 к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту 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 объеме 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, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных Приложением №21 к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по КСГ, предусмотренным Территориальной программой, осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского

страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи;

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, для которых Программой установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи, в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

- социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

- услуг диализа, включающих различные методы.

2.23. В соответствии с Методическими рекомендациями определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию.

Исключение составляют случаи лечения, при которых данный подход формирования КСГ не применяется, в Методических рекомендациях приведен «Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги».

Подходы к оплате отдельных случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров гражданам, в том числе застрахованным в других субъектах Российской Федерации

2.24. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи

В соответствии с Территориальной программой к прерванным случаям по указанным ниже основаниям относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме 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;

8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1–7 пункта) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, приведенный в Приложении 21 к Тарифному соглашению;

9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.016- ds12.021 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Базовой программой и Группировщиком.

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания, и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2–9 пункта 2.26 Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2–4.

Приложением к Территориальной программе и Приложением 21 определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80 % от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

При этом доля оплаты случаев с длительностью более 3-х дней превышает долю оплаты случаев с длительностью лечения менее 3-х дней.

Приложением № 22 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию.

Таким образом, прерванные случаи лечения по КСГ, не входящим в Приложение № 22 к Тарифному соглашению, не могут быть оплачены с применением вышеперечисленных размеров оплаты прерванных случаев (80% и 90%).

Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 20% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 7 и 9 пункта 2.24 Тарифного соглашения, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

2.25. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов в возрасте 18 лет и старше

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовая доза препарата (фиксированная величина или в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в Группировщике, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям 1-6.

В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в «Группировщиках» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании

схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.24.):

- снижение дозы произведено согласно инструкции по применению к химиотерапевтическому препарату или в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- возможность смещения интервала между введениями предусмотрена клиническими рекомендациями, либо необходимость смещения возникла в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Для остальных случаев (в том числе случаев проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) классификационным критерием отнесения к КСГ служит схема sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1 - 6 пункта 2.24.

Также схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.24.) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D)

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D) (далее - ХВГ) включает в себя: наименование лекарственных препаратов, лекарственную форму, режим дозирования количество дней введения, а также способ введения (в случае указания в схеме).

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.24.) в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, способ введения, количество дней введения для инъекционных форм или дней приёма для таблетированных форм, разовую дозу препарата, форму выпуска для препаратов, чей способ введения не меняется в зависимости от формы выпуска, а также слова «поддерживающая терапия» для всех МНН, кроме тех, применение которых не подразумевает выделения этапов инициации и поддерживающей терапии. Для МНН, применение которых не предусматривает этап инициации, как первое введение, так и последующие оплачиваются по КСГ «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-20)».

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме, в том числе при длительности лечения 3 дня и менее, если она выполнена в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе), а также при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.24.

2.26. Оплата случая лечения по 2 и более КСГ

Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), 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 оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным основаниям прерванности;

2. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

3. Оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

5. Проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

6. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;
- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

7. Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

8. Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами;

Выставление случая только по КСГ st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)», без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.

2.27. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов ВМП (приложение № 1 к Базовой программе), либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения, как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

Если пациенту в момент оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «неонатология» или «детская хирургия в период новорожденности» определяются показания к проведению иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции, то данный случай оплачивается по двум (нескольким) тарифам: в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и по соответствующей КСГ в рамках специализированной медицинской помощи. Кратность применения КСГ «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции» должна соответствовать количеству введений паливизумаба для проведения иммунизации за весь период госпитализации.

Медицинская помощь в неотложной и экстренной формах, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, при оказании детям специализированной либо высокотехнологичной медицинской помощи и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, в соответствии с установленными способами оплаты.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ-10, модели пациента, вида и метода лечения аналогичным параметрам, установленным перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение № 1 к Базовой программе), содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень ВМП). Оплата видов высокотехнологичной медицинской

помощи, включенных в базовую программу, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Базовой программой. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню ВМП, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

2.28. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»

Лечение по профилю медицинская реабилитация в условиях круглосуточного, а также дневного стационаров производится в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ st37.001–st37.013, st37.021–st37.026 в стационарных условиях и для КСГ ds37.001–ds37.008, ds37.015–ds37.016 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ) в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н (зарегистрировано в Минюсте России 25 сентября 2020 г. № 60039). При оценке 2 балла по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией. При оценке 4–5–6 баллов по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах, требующих продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем служит оценка степени тяжести заболевания, определяющая сложность и условия проведения медицинской реабилитации. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок может получать медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

Стоимость КСГ, предусматривающих медицинскую реабилитацию пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы увеличена с учетом установления плановой длительности случая реабилитации. Случай реабилитации по КСГ (st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026) длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием значения является прерванным и оплачивается в соответствии с пунктом 2.24 Тарифного соглашения.

Также, при увеличении стоимости КСГ (st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025) были учтены затраты, связанные с применением роботизированных систем. При этом в целях учета случаев лечения с применением роботизированных систем были добавлены иные классификационные критерии «rbprob4», «rbprob5», «rbrob4d12», «rbrob4d14», «rbrob5d18», «rbrob5d20» включающие, в том числе оценку по шкале реабилитационной маршрутизации и длительность лечения.

Также в целях учета случаев лечения с применением ботулинического токсина добавлены иные классификационные критерии «rbb2»-«rbb5», соответствующие оценке по шкале реабилитационной маршрутизации в сочетании с применением ботулинического токсина.

В целях учета случаев медицинской реабилитации с применением роботизированных систем и введение ботулинического токсина добавлены иные классификационные критерии «rbbprob4», «rbbprob5», «rbbrob4d14», «rbbrob5d20» включающие, в том числе оценку по шкале реабилитационной маршрутизации и длительность лечения.

Применение роботизированных систем и/или введение ботулинического токсина для КСГ не является обязательным.

Оплата первого этапа медицинской реабилитации осуществляется с использованием коэффициента сложности лечения пациентов.

Данный коэффициент предусматривает оплату реабилитационных мероприятий при проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации).

КСЛП «Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов» применяется один раз к случаю лечения, в том числе в случае, если оплата случая лечения осуществляется по двум КСГ.

2.29. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа, в условиях дневного стационара – за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Приложением №2 Тарифного соглашения устанавливаются базовые тарифы на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») и перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ»), рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов и включающие в себя расходы, определенные частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ. Для последующего расчета остальных услуг диализа, оказываемых на территории субъекта Российской Федерации, к базовому тарифу применяются рекомендуемые коэффициенты относительной затратоемкости.

Применение коэффициента дифференциации к стоимости услуги осуществляется с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо. Учитывая, что единицей планирования медицинской помощи в условиях дневного стационара является случай лечения, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

При этом в период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

Средние нормативы объема медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, установленные Территориальной программой, не включают случаи проведения услуг диализа, оплаченные по КСГ для оплаты услуг диализа.

2.30. Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология»

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».

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, в модели КСГ дневного стационара предусмотрены КСГ ds02.008-ds02.011.

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

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день.

2.31. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются).

Отнесение к КСГ, предусматривающим хирургическое лечение, осуществляется по коду МКБ 10 и коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ 10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ 10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количеству дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) формируются на основании кода МКБ 10 и схемы лекарственной терапии.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей формируются на основании кода МКБ 10, длительности и дополнительного классификационного критерия, включающего группу лекарственного препарата или МНН лекарственного препарата.

В целях повышения эффективности использования средств обязательного медицинского страхования на оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями при назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных

препаратов, указанных в Приложении 24 Тарифного соглашения, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии).

СПОСОБЫ ОПЛАТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.32. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

При оказании скорой медицинской помощи (далее – СМП), в случае необходимости, осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинской организации, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовом периоде и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

Оплата скорой медицинской помощи (далее – СМП), оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется:

- по подушевому нормативу финансирования;
- за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

По подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи осуществляется финансовое обеспечение скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, в рамках базовой программы ОМС, оказываемой гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, за исключением расходов на оплату вызовов с проведением тромболитической терапии, расходов на оплату

медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по ОМС в других субъектах Российской Федерации.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для скорой медицинской помощи (далее – дифференцированные подушевые нормативы для СМП) ежемесячно утверждаются протоколом Комиссии и доводятся ТФОМС до сведения СМО в течение пяти рабочих дней после даты утверждения.

СМО осуществляет финансирование скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, по подушевому нормативу финансирования в соответствии с утвержденными дифференцированными подушевыми нормативами для СМП и численностью прикрепленных застрахованных граждан по территории зоны обслуживания отделений (станций) скорой помощи, утверждаемой ежемесячно приказом ТФОМС, а также фактических случаев проведения тромболизиса пациентам с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента S-T в соответствии с установленным тарифом.

2.33. Скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), оказываемая на догоспитальном этапе станцией скорой медицинской помощи или отделениями скорой медицинской помощи в составе медицинских организаций на территории Забайкальского края лицам, застрахованным и идентифицированным на территории Забайкальского края, оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования по реестрам, поданным на основании следующих услуг:

- 341001 – вызов специализированной врачебной бригады скорой медицинской помощи;

- 341002 – вызов общепрофильной врачебной бригады скорой медицинской помощи;

- 341003 – вызов фельдшерской бригады скорой медицинской помощи.

В случае проведения тромболизиса при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации пациентам с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента S-T оплата производится дополнительно за случай в пределах объемов и соответствующей им стоимости медицинской помощи, установленных решением Краевой комиссии по разработке территориальной программы ОМС, поданного на основании следующих услуг:

- 331324 - случай проведения тромболизиса с применением лекарственного средства "метализе";

- 331325 - случай проведения тромболизиса с применением лекарственного средства "фортелизин".

Оплата осуществляется СМО в размере, не превышающем годовую стоимость объемов медицинской помощи (годовой лимит).

2.34. Медицинские организации, обслуживающие застрахованных граждан (станция скорой медицинской помощи или медицинские организации, имеющие отделения скорой медицинской помощи), ежемесячно

формируют реестр счетов и счет для оплаты медицинской помощи в соответствии с количеством обслуживаемых застрахованных граждан по каждой СМО и дифференцированным подушевым нормативом финансирования для СМП, а также с учетом количества случаев проведенного тромболизиса пациентам с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента S-T и соответствующим по данной услуге тарифом.

III. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются Тарифным соглашением между представителями сторон, определенных в статье 30 закона об ОМС, включенными в состав Комиссии, и приведены в Приложении № 2 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2. Тарифы устанавливаются исходя из объема бюджетных ассигнований на реализацию Территориальной программы, установленного Законом Забайкальского края «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Забайкальского края на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 годов».

3.3. Тарифы используются для оплаты медицинской помощи по Территориальной программе в соответствии с утвержденными способами оплаты.

Медицинские услуги, связанные с проведением позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (ПЭТ-КТ), в амбулаторных условиях на территории Забайкальского края не оказываются.

3.4. Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность по Территориальной программе на территории Забайкальского края.

Тарифы рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н в составе Правил обязательного медицинского страхования, и включают в себя статьи затрат, установленные Территориальной программой.

Тарифы формируются в соответствии с принятыми в Территориальной программе способами оплаты медицинской помощи.

3.5. Структура тарифа на оплату медицинской помощи 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, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, 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 четырехсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

В структуру тарифа на оплату высокотехнологичной медицинской помощи включаются расходы на приобретение основных средств вне зависимости от их стоимости.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

3.6. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы, с учетом средств по профилю «Медицинская реабилитация» в расчете на одно застрахованное лицо составляет 10 074,77 рублей.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Забайкальского края.

Расчет среднего размера финансового обеспечения произведен в соответствии с пунктом 2.1. раздела II Методических рекомендаций по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{АМБ}} = \frac{OC_{\text{АМБ}}}{\text{Ч}_3},$$

где:

$OC_{\text{АМБ}}$ объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Забайкальского края, рублей;

Ч_3 численность застрахованного населения Забайкальского края, человек.

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации

территориальной программы обязательного медицинского страхования Забайкальского края, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, по следующей формуле:

$$\begin{aligned} \text{ОС}_{\text{АМБ}} = & (\text{Н}_{\text{ПМО}} \times \text{Нфз}_{\text{ПМО}} + \text{Н}_{\text{ДИСП}} \times \text{Нфз}_{\text{ДИСП}} + \text{Н}_{\text{ИЦ}} \times \text{Нфз}_{\text{ИЦ}} + \\ & + \text{Н}_{\text{ОЗ}} \times \text{Нфз}_{\text{ОЗ}} + \text{Н}_{\text{НЕОТЛ}} \times \text{Нфз}_{\text{НЕОТЛ}} + \text{Н}_{\text{МР}} \times \text{Нфз}_{\text{МР}} + \\ & + \text{Н}_{\text{ДН}} \times \text{Нфз}_{\text{ДН}}) \times \text{Ч}_3 - \text{ОС}_{\text{МТР}}, \end{aligned}$$

где:

$\text{Н}_{\text{ПМО}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

$\text{Н}_{\text{ДИСП}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

$\text{Н}_{\text{ИЦ}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

$\text{Н}_{\text{ОЗ}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений;

$\text{Н}_{\text{НЕОТЛ}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

$\text{Н}_{\text{МР}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация", установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;

$\text{Н}_{\text{ДН}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных

гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;

- Нфз_{пмо} средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- Нфз_{дисп} средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- Нфз_{зиц} средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- Нфз_{оз} средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- Нфз_{неот} л средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- Нфз_{мр} средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация", установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- Нфз_{дн} средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- ОС_{мтр} объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами

субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей;

3.7. Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц в расчете на одно застрахованное лицо в год составляет 2 454,20 рублей.

Расчет базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, исключающего влияние коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в ФП/ФАПах, стоимости проведения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации и диспансерного наблюдения застрахованных лиц, а также стимулирующих выплат медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, произведен в соответствии Методическими рекомендациями по следующей формуле:

$$\text{ПН}_{\text{БАЗ}} = \left(\frac{\text{ОС}_{\text{ПНФ}}}{\text{Ч}_3 \times \text{КД}} \right) \times (1 - \text{Рез})$$

где:

- $\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$ базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;
- $\text{ОС}_{\text{ПНФ}}$ объем средств на оплату медицинской помощи ПНФ по подушевому нормативу финансирования, рублей;
- Рез доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности;
- КД единый коэффициент дифференциации для Забайкальского края, рассчитанный в соответствии с Постановлением N 462.

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Забайкальского края ($\text{ОС}_{\text{ПНФ}}$), рассчитывается без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и средств на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, определяется по следующей формуле:

$$\text{ОС}_{\text{ПНФ}} = \text{ОС}_{\text{АМБ}} - \text{ОС}_{\text{ФАП}} - \text{ОС}_{\text{ИССЛЕД}} - \text{ОС}_{\text{НЕОТЛ}} - \text{ОС}_{\text{ЕО}} - \text{ОС}_{\text{ПО}} - \text{ОС}_{\text{ДИСП}} - \text{ОС}_{\text{ДН}},$$

где:

$\text{ОС}_{\text{ФАП}}$ объем средств, направляемых на финансовое обеспечение

ФП/ФАП в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей;

ОС_{исслед} объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

ОС_{неотл} объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

ОС_{ео} объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Забайкальском крае лицам (в том числе комплексных посещений по профилю "Медицинская реабилитация"), рублей;

ОС_{по} объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

ОС_{дисп} объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе второго этапа диспансеризации, первого и второго этапов диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья женщин и мужчин, и углубленной диспансеризации), рублей;

ОС_{дн} объем средств, направляемых на оплату проведения диспансерного наблюдения в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

3.8. Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц определен в соответствии с пунктом 2.6. раздела II Методических рекомендаций по следующей формуле:

$$ДП_{\text{н}}^i = ПН_{\text{баз}} \times КД_{\text{пв}}^i \times КД_{\text{ур}}^i \times КД_{\text{зп}}^i \times КД_{\text{от}}^i \times КД^i$$

где:

- $ДП_{\text{н}}^i$ дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации, рублей;
- $КД_{\text{пв}}^i$ коэффициент половозрастного состава для i -той медицинской организации;
- $КД_{\text{ур}}^i$ коэффициент уровня расходов медицинских организаций, для i -той медицинской организации (при необходимости)
- $КД_{\text{зп}}^i$ коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i -той медицинской организации (при необходимости);
- $КД_{\text{от}}^i$ коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, для i -той медицинской организации;
- $КД^i$ коэффициент дифференциации для i -той медицинской организации.

Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i -той медицинской организации $КД_{\text{зп}}^i$ в расчете дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц не используется. Значение не используемого коэффициента принимается равным 1.

Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, рассчитанный с учетом указанных коэффициентов дифференциации, установлен Приложением № 10 к Тарифному соглашению.

Значения коэффициента половозрастного состава прикрепленного населения, в том числе на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда

персонала, коэффициента уровня расходов медицинских организаций, учитывающего плотность расселения населения, транспортную доступность, климатические и географические особенности территории, уровень расходов, связанных с содержанием медицинской организации в зависимости от размера и площади медицинской организации, коэффициента дифференциации медицинской организации определены в соответствии с пунктами 2.3.-2.5. раздела II Методических рекомендаций и установлены Приложением № 10 к Тарифному соглашению.

Значения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала KD_{OT}^i определены в соответствии с пунктом 2.5. раздела II Методических рекомендаций, установлены Приложением № 10 к Тарифному соглашению.

Коэффициент дифференциации KD_{OT}^i для обслуживающих МО рассчитывается по следующей формуле:

$$KD_{OT}^i = KD_{CH}^i + (KD_{OTD}^i - 1), \text{ где:}$$

KD_{OT}^i – коэффициент дифференциации для i -той обслуживающей МО, учитывающий наличие подразделений, расположенных в сельской местности, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, отдаленных территориях;

KD_{CH}^i – коэффициент дифференциации, учитывающий наличие в составе i -той обслуживающей МО подразделений, расположенных в сельской местности, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек;

KD_{OTD}^i – коэффициент дифференциации, учитывающий наличие в составе МО подразделений, расположенных на отдаленных территориях.

Коэффициент дифференциации KD_{CH}^i учитывает в составе i -той обслуживающей МО наличие подразделений в зависимости от численности обслуживаемого населения, при его расчете применяются следующие размеры коэффициента дифференциации:

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, –1,113;
- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, –1,04;
- для медицинских организаций, в которых только отдельные подразделения соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации KD_{CH}^i , объем направляемых финансовых средств

рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения по следующей формуле:

$$КД^{i}_{\text{чн}} = (1 - \sum \text{Дот}_j) + \sum (КД^{i}_{\text{чн}_j} \cdot \text{Дот}_j), \text{ где}$$

$КД^{i}_{\text{чн}}$ коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i-той медицинской организаций;

Дот_j доля населения, обслуживаемая j-ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1);

$КД^{i}_{\text{чн}_j}$ коэффициент дифференциации, применяемый к j-ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала.

Коэффициент дифференциации $КД^{i}_{\text{отд}}$ учитывает в составе i-той обслуживающей МО наличие подразделений, расположенных на отдаленных территориях от места расположения головной МО.

Размер коэффициента определяется как средневзвешенное значение $КД^{i}_{\text{отд}}$ с учетом численности населения, обслуживаемого подразделениями, и отдаленности подразделений (км.) от места расположения головной МО:

- до 10 км – 1;
- от 10 км до 20 км – 1,02;
- от 20 км до 40 км – 1,04;
- от 40 км до 60 км – 1,06;
- от 60 км до 100 км – 1,08;
- более 100 км – 1,1.

Перечень медицинских организаций и подразделений, для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, установлен Приложением № 9 к Тарифному соглашению.

Значения половозрастных коэффициентов дифференциации определены в соответствии с пунктом 2.4. раздела II Методических рекомендаций и установлены Приложением № 8 к Тарифному соглашению.

Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации произведен по следующей формуле:

$$КД_{ПВ}^i = \sum_j (КД_{ПВ}^j \times Ч_3^j) / Ч_3^i, \text{ где:}$$

$КД_{ПВ}^i$ половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той медицинской организации;

$КД_{ПВ}^j$ половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j-той половозрастной группы (подгруппы);

$Ч_3^j$ численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, в j-той половозрастной группе (подгруппе), человек;

$Ч_3^i$ численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации численность застрахованных лиц распределена на следующие половозрастные группы:

- 1) до года мужчины/женщины;
- 2) год - четыре года мужчины/женщины;
- 3) пять - семнадцать лет мужчины/женщины;
- 4) восемнадцать – тридцать девять лет мужчины/женщины;
- 5) сорок – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
- 6) шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше значения половозрастного коэффициента установлены в размере, равном 1,6.

В соответствии с Методическими рекомендациями при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц расчет средств финансового обеспечения собственной деятельности обслуживающих МО осуществляется с учетом выполнения показателей результативности деятельности медицинских организаций (включая показатели объема медицинской помощи).

Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке, составляет 3 % от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования определяется по следующей формуле:

$$ОС_{ПН} = ДПН^i \times Ч_3^i + ОС_{РД},$$

где:

$ОС_{ПН}$ финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц,

по подушевому нормативу финансирования;

ОС_{рд} объем средств, направляемый медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности (далее – объем средств с учетом показателей результативности);

ДПнⁱ дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации (Приложение № 10 к Тарифному соглашению).

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности обслуживающих МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и ранжирование обслуживающих МО осуществляется по итогам квартала, полугодия, 9-ти месяцев, года по показателям, которым соответствует данный период оценки.

Результаты оценки достижения значений показателей результативности деятельности обслуживающими МО оформляются протоколом Краевой комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия) и доводятся до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, их балльная оценка и порядок расчета значений показателей установлены Приложением № 14 (14.1, 14.2) к Тарифному соглашению.

В случае, когда показатель(и) результативности одного из блоков неприменим(ы) для конкретной медицинской организации и (или) отчетного периода, суммарный максимальный балл и итоговый коэффициент для соответствующей медицинской организации рассчитывается без учета этого показателя(ей).

С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы: I – выполнившие до 40 процентов показателей, II – от 40 (включительно) до 60 процентов показателей, III – от 60 (включительно) процентов показателей.

Осуществление выплат по результатам оценки результативности деятельности обслуживающих МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, производится с 1 января текущего года по итогам года по показателям, которым соответствует данный период оценки. Выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года - ноябрь текущего года (включительно) и включаются в счет за декабрь или ноябрь (по решению Комиссии).

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, складывается из двух частей:

1 часть – распределение 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения.

$$OC_{РД(нас)}^j = \frac{0,7 \times OC_{РД}^j}{\sum Числ},$$

где:

$OC_{РД(нас)}^j$ объем средств, используемый при распределении 70 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо, рублей;

$OC_{РД}^j$ совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

$\sum Числ$ численность прикрепленного населения в j-м периоде ко всем медицинским организациям II и III групп.

В качестве численности прикрепленного населения к конкретной медицинской организации используется средняя численность за период, рассчитываемая по следующей формуле:

$$Числ_i^j = \frac{Ч_{мес1} + Ч_{мес2} + \dots + Ч_{мес11} + Ч_{мес12}}{12},$$

где:

$Ч_{мес}$ среднегодовая численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации в j-м году, человек;

$Ч_{мес1}$ численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число первого месяца j-го года, человек;

$Ч_{мес2}$ численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число второго месяца года, следующего за j-тым, человек;

$Ч_{мес11}$ численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число одиннадцатого месяца j-го года, человек;

$Ч_{мес12}$ численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число двенадцатого месяца j-го года, человек.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию II и III групп за j-тый период при распределении 70 процентов от объема средств

с учетом показателей результативности ($ОС_{РД(нас)_i}^j$), рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{РД(нас)_i}^j = ОС_{РД(нас)}^j \times Числ_i^j,$$

где

$Числ_i^j$ — численность прикрепленного населения в j-м периоде к i-той медицинской организации II и III групп.

2 часть — распределение 30 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов.

$$ОС_{РД(балл)}^j = \frac{0,3 \times ОС_{РД}^j}{\sum Балл},$$

где:

$ОС_{РД(балл)}^j$ — объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 балл, рублей;

$ОС_{РД}^j$ — совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

$\sum Балл$ — количество баллов, набранных в j-м периоде всеми медицинскими организациями III группы.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию III группы за j-тый период, при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций ($ОС_{РД(балл)_i}^j$), рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{РД(балл)_i}^j = ОС_{РД(балл)}^j \times Балл_i^j,$$

где:

$Балл_i^j$ — количество баллов, набранных в j-м периоде i-той медицинской организацией III группы.

Если по итогам года отсутствуют медицинские организации, включенные в III группу, средства, предназначенные для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям III группы, распределяются между медицинскими организациями II группы в соответствии с установленной методикой (с учетом численности прикрепленного населения).

Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности в медицинскую организацию III группы за j-тый период определяется путем суммирования

1 и 2 частей, а для медицинских организаций I группы за j-тый период – равняется нулю.

Осуществление выплат стимулирующего характера медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производится в полном объеме при условии снижения показателей смертности прикрепленного к ней населения в возрасте от 30 до 69 лет (за исключением смертности от внешних причин) и (или) смертности детей в возрасте от 0-17 лет (за исключением смертности от внешних причин) (далее – показатели смертности прикрепленного населения (взрослого и детского), а также фактического выполнения не менее 90 процентов, установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

В случае, если не достигнуто снижение вышеуказанных показателей смертности прикрепленного населения (взрослого и детского) и (или) выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, Комиссия вправе применять понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат.

В целях приведения в соответствие объема средств стимулирующих выплат, рассчитанного с учетом применения понижающих коэффициентов, к плановому объему стимулирующих выплат, определяется сумма нераспределенных стимулирующих выплат и направляется в медицинские организации II и III групп, выполнившие условия по выполнению объемов амбулаторной медицинской помощи (посещений и обращений) и снижению показателей смертности населения, пропорционально размеру начисленных сумм стимулирующих выплат среди этих медицинских организаций.

3.9. Тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований, для которых установлены отдельные нормативы Территориальной программой, установлены Приложением № 3 к Тарифному соглашению.

3.10. Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – Приказ № 543н) составляет:

- 1 334,1 тыс. рублей – для ФП, ФАП обслуживающих до 101 жителя, определяется с учетом понижающего коэффициента 0,75 к размеру финансового обеспечения, установленного для группы от 101 до 900 жителей;

- 1 778,8 тыс. рублей - для ФП, ФАП обслуживающих от 101 до 900 жителей;

- 3 557,4 тыс. рублей - для ФП, ФАП обслуживающих от 901 до 1 500 жителей;

- 4 202,4 тыс. рублей - для ФП, ФАП обслуживающих от 1 501 до 2 000 жителей;

- 4 719,3 тыс. рублей - для ФП, ФАП обслуживающих более 2 000 жителей, определяется с учетом повышающего коэффициента 1,123 к размеру финансового обеспечения, установленного для группы от 1 501 до 2 000 жителей.

В случае оказания медицинской помощи фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах акушеров полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем). В этом случае размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения.

3.11. Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том числе для оплаты медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Забайкальского края, за единицу её оказания установлены:

- на посещение, обращение к врачу по специальностям, видам приема, медицинские услуги - Приложение № 2 к Тарифному соглашению (Амбулатория);

- на комплексное посещение в рамках профилактических медицинских осмотров определенных групп взрослого населения и несовершеннолетних - Приложение № 2 к Тарифному соглашению (Профилактические осмотры);

- на комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослого и детского населения - Приложение № 2 к Тарифному соглашению (Диспансеризация);

- на комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослого и детского населения, профилактических осмотров взрослого населения, проводимых мобильными медицинскими бригадами - Приложение № 2 к Тарифному соглашению (Услуги мобильных бригад);

- на комплексное посещение в рамках профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения в выходной день - Приложение № 2 к Тарифному соглашению (Диспансеризация и профосмотры в субботу);

- на комплексное посещение (первый этап) и услуги второго этапа углубленной диспансеризации - Приложение № 2 к Тарифному соглашению (Углубленная диспансеризация);

- на комплексное посещение в рамках диспансерного наблюдения в амбулаторных условиях, для которого установлен отдельный норматив

Территориальной программой, - Приложение № 2 к Тарифному соглашению (Диспансерное наблюдение);

- на оплату медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», оказываемой в амбулаторных условиях, для которой установлен отдельный норматив Территориальной программой, – Приложение № 2 к Тарифному соглашению (Амбулатория, код услуги 622 «Медицинская реабилитация»);

- на оплату случаев лечения при оказании услуг диализа - Приложение № 2 к Тарифному соглашению (Отдельные технологии);

- на комплексное посещение Школы сахарного диабета – Приложение № 2 (Школа сахарного диабета);

- на комплексное посещение (первый этап) и услуги второго этапа диспансеризации взрослого населения граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья - Приложение № 2 к Тарифному соглашению (Диспансеризация репродуктивного здоровья).

Тарифы определены на основании размера базового норматива финансовых затрат на оплату медицинской помощи за единицу ее оказания с учетом коэффициента дифференциации, установленного для Забайкальского края.

3.12. При оплате стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по посещениям с профилактической и иными целями и обращениям по поводу заболевания учитываются условные единицы трудоемкости (УЕТ). 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, установлено в Приложении № 15 к Тарифному соглашению.

3.13. Стоимость лабораторных медицинских услуг включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и в стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ. На лабораторные услуги, в том числе осуществляемые централизованными лабораториями, установлены единые тарифы. Расчеты по оплате лабораторных услуг осуществляются медицинскими организациями на основании заключенных между ними договоров и страховыми медицинскими организациями в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи, включенной в систему взаиморасчетов.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

3.14. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой, составляет:

- 10 676,7 рублей для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в том числе по профилю «медицинская реабилитация»;
- 2 700,6 рублей для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в том числе по профилю «медицинская реабилитация».

Установленный средний размер подушевого норматива финансирования не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Забайкальского края.

Средняя стоимость законченного случая лечения включенного в КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» в условиях дневного стационара – 156 738,80 рублей.

Средняя стоимость законченного случая лечения для оказания медицинской помощи больным с вирусным гепатитом С медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций) в условиях дневного стационара – 206 300,0 рублей.

3.15. Коэффициент приведения (КП) среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях к базовой ставке – 0,65 от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, в условиях дневного стационара к базовой ставке – 0,6 от значения норматива финансовых затрат на 1 случай лечения.

Расчет коэффициента приведения произведен по следующей формуле:

$$КП = \frac{БС \times КД}{НФЗ}, \text{ где:}$$

БС базовая ставка, рублей;

КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление № 462).

Данный коэффициент используется в расчетах в том числе в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации, в том числе для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований;

НФЗ норматив финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара или норматив финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, рублей.

3.16. Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициенты относительной затратоемкости для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, установлены Приложением № 16 к Тарифному соглашению

Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициенты относительной затратоемкости для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, установлены Приложением № 17 к Тарифному соглашению).

3.17. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) в стационарных условиях и условиях дневного стационара, установлен Приложением № 2 к Тарифному соглашению без учета коэффициента дифференциации Забайкальского края, определен в соответствии с пунктом 3.1. Методических рекомендаций.

3.18. Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (СС_{КСГ}) по КСГ, в том числе по профилю «медицинская реабилитация» (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КД^* \times КСЛП,$$

где:

БС	базовая ставка, рублей;
КЗ _{КСГ}	коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
КС _{КСГ}	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);
КУС _{МО}	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения,

предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление № 462).

Данный коэффициент используется в расчетах, в том числе в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации, в том числе для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (далее – ЗАТО);

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых КСЛП)
* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

3.19 Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КД) + БС \times КД \times КСЛП,$$

где:

- БС размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
- КЗ_{КСГ} коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
- Дзп доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением № 4 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС);
- КС_{КСГ} коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);

КУС _{МО}	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

<*> - КД не применяется для КСЛП "проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями" (равно единице).

Коэффициенты дифференциации по территории оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара для её оплаты по КСГ установлены Приложением № 4 к Тарифному соглашению.

Коэффициент специфики оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара, применяемый при оплате по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, равен 1.

Исключение составят:

- КСГ, для которых коэффициент специфики оказания медицинской помощи в стационарных условиях применяется в размере, равном 0,8:
- st12.015 Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1),
- st12.016 Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2),
- st12.017 Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3),
- st12.018 Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4),
- st12.019 Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание),
- st37.021 Медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19 (3 балла по ШРМ),
- st37.022 Медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19 (4 балла по ШРМ),
- st37.023 Медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19 (5 баллов по ШРМ)».
- КСГds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3), для которого коэффициент специфики оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара применяется в размере, равном 0,719367.

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, установлен Приложением № 6 к Тарифному соглашению. В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных Приложением № 6 к Тарифному соглашению, значение параметра КСЛП

при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) для оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара при расчете стоимости случая лечения принимается равным 0.

Стоимость КСЛП "проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями" в составе случая лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации.

Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, применяемый при оплате по КСГ медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, установлен Приложением № 5 к Тарифному соглашению.

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющим высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающим (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в медицинских организациях различных уровней (например, при аппендэктомии), коэффициент уровня (подуровня) при оплате таких случаев госпитализации/лечения не применяется (принимается равным 1). Исчерпывающий перечень таких КСГ в стационарных условиях установлен Приложением № 23 к Тарифному соглашению.

Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, применяемый при оплате по КСГ медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара при расчете стоимости случая лечения принимается равным 1.

Значение коэффициента уровня для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, расположенных на территории ЗАТО - 1,2.

Расчет и установление значений поправочных коэффициентов осуществляется отдельно для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ в стационарных условиях установлена Приложением № 19 к Тарифному соглашению, в условиях дневного стационара – Приложением № 20 к Тарифному соглашению.

3.20. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи с учетом доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи установлены Приложением № 2 к Тарифному соглашению.

Высокотехнологичная медицинская помощь оплачивается на основе согласованных объемов медицинской помощи, утвержденных Краевой комиссией по разработке территориальной программы ОМС, по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением (особенности формирования реанимационных КСГ представлены в Приложении 11 Методических рекомендаций).

Тарифы для скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации

3.21. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 1 511,05 рублей.

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Забайкальского края.

Расчет среднего размера финансового обеспечения скорой медицинской помощи произведен в соответствии с пунктом 2 раздела III Методических рекомендаций.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, рассчитывается по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{СМП}} = \frac{O C_{\text{СМП}}}{\text{Ч}_3},$$

где:

$O C_{\text{СМП}}$ объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Забайкальского края, рублей;

Ч_3 численность застрахованного населения Забайкальского края, человек.

Общий объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Забайкальского края, рассчитывается по следующей формуле:

$$O C_{\text{СМП}} = (N o_{\text{СМП}} \times N \text{фз}_{\text{СМП}}) \times \text{Ч}_3 - O C_{\text{МТР}},$$

где:

$N o_{\text{СМП}}$ средний норматив объема скорой медицинской помощи вне

медицинской организации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, вызовов;

Нфз_{СМП} средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

ОС_{МТР} объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей;

Ч_з численность застрахованного населения Забайкальского края, человек.

3.22. Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 1 113,58 рублей.

Расчет базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи произведен в соответствии с пунктом 2.1 раздела III Методических рекомендаций.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Забайкальского края, по следующей формуле:

$$\Pi_{\text{БАЗ}} = \frac{\text{ОС}_{\text{СМП}} - \text{ОС}_{\text{В}}}{\text{Ч}_3 \times \text{КД}},$$

где:

Π_{БАЗ} базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

ОС_В объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в Забайкальском крае лицам за вызов, рублей;

КД единый коэффициент дифференциации субъекта Российской

Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением N 462.

3.23. Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи определен в соответствии с пунктом 2.2. раздела III Методических рекомендаций по следующей формуле:

$$ДПн^i = Пн_{БАЗ} \times КД_{ПВ}^i \times КД_{УР}^i \times КД_{ЗП}^i \times КД^i$$

где:

ДПнⁱ дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей;

Пн_{БАЗ} базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

КД_{ПВ}ⁱ коэффициент половозрастного состава;

КД_{УР}ⁱ коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) для i-той медицинской организации (при необходимости);

КД_{ЗП}ⁱ коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i-той медицинской организации (при необходимости);

КДⁱ коэффициент дифференциации i-той медицинской организации.

Коэффициент уровня расходов медицинских организаций КД_{УР}ⁱ, коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i-той медицинской организации КД_{ЗП}ⁱ в расчете дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи не используются. Значения не используемых коэффициентов принимаются равными 1.

Коэффициент половозрастного состава, используемый в расчете ДПнⁱ, установлен Приложением № 12 к Тарифному соглашению.

Для расчета коэффициентов половозрастного состава численность застрахованных лиц распределена на следующие половозрастные группы:

1) до года мужчины/женщины;

- 2) год - четыре года мужчины/женщины;
- 3) пять - семнадцать лет мужчины/женщины;
- 4) восемнадцать – тридцать девять лет мужчины/женщины;
- 5) сорок – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
- 6) шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше значения половозрастного коэффициента установлены в размере не менее 1,6.

Коэффициент дифференциации i -той медицинской организации, используемый в расчете $ДПн_i$, установлен Приложением № 4 к Тарифному соглашению.

3.24. 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:

$$\Phi O_{\text{СМП}} = ДПн^i \times Чз^{\text{ПР}} + ОС_{\text{В}},$$

где:

$\Phi O_{\text{СМП}}$ размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

$Чз^{\text{ПР}}$ численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек.

$ОС_{\text{В}}$ объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов, рублей;

3.25. Стоимость вызова скорой медицинской помощи оказанной лицам, застрахованным за пределами Забайкальского края в других субъектах Российской Федерации, установлена Приложением № 2 (СМП).

3.26. Тариф на оплату одного случая проведения тромболизиса при оказании скорой медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента S-T установлен Приложением № 2 (Тариф на тромболизис).

**IV. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ
НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ,**

НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

4.1. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, установлен в Приложении № 18 к Тарифному соглашению.

4.2. Исчисление размеров неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и размеров уплаты штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, производится в соответствии с методикой, установленной пунктами 154 и 155 Правил обязательного медицинского страхования:

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

$$H = PT \times K_{но},$$

где:

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

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный за оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

$K_{но}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

4.2.2. В случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = (PT1 - PT2) + PT2 \times K_{но},$$

где:

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

PT1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

PT2 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной

документации застрахованного лица, представленной на экспертизу).

4.2.3.Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле:

$$\text{Сшт} = \text{РП} \times \text{Кшт},$$

где:

Сшт - размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП – подушевой норматив финансирования, установленный настоящим тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль:

при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации применяется $\text{РП}_{\text{СМП}}$ - 1 533,20 руб.;

при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях применяются следующие РП_A :

- посещения в рамках проведения профилактических медицинских осмотров – 1 008,50 руб.;

- посещения в рамках проведения диспансеризации – 1 536,40 руб.;

- посещения с иными целями, в том числе включая коды услуг 601***.2, 602***.2 (диспансерный прием врачей) – 1 189,70 руб.;

- посещения по неотложной помощи – 652,80 руб.;

- обращения в связи с заболеваниями, в том числе включая коды услуг 618***, 619***, 622***, 623***, 624***, 626***, услуги диализа в амбулаторных условиях – 4 834,80 руб.;

- посещения по диспансерному наблюдению – 843,70 руб.

при оказании медицинской помощи в условиях стационара применяется $\text{РП}_{\text{СТ}}$ – 10 634,80 руб.;

при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара применяется $\text{РП}_{\text{Дн}}$ – 2 721,20 руб.

В случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1 размер РП равен предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи.

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

4.3. При наличии по результатам проведенного медико-экономического контроля отклоненных от оплаты позиций реестров счетов амбулаторной и скорой медицинской помощи, оплаченной по подушевому нормативу финансирования, их стоимость принимается равной нулю.

V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 закона об охране здоровья граждан, и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, созданной на территории Забайкальского края в соответствии с частью 9 статьи 36 закона об ОМС (далее - Стороны).

5.2. Предложения по внесению изменений или дополнений в Тарифное соглашение выносятся на рассмотрение Комиссии.

Предложения по индексации тарифов на оплату медицинской помощи, включению новых медицинских услуг, перераспределению объемов и стоимости медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями должны содержать необходимую информацию, а также соответствующие экономические расчеты.

5.3. Предложения по внесению изменений или дополнению Тарифного соглашения рассматриваются Рабочей группой, созданной приказом Министерства здравоохранения Забайкальского края.

5.4. Решение об изменении (индексации) тарифов на оплату медицинской помощи принимает Комиссия.

5.5. Основанием для изменения или дополнения Тарифного соглашения служат:

- корректировка Территориальной программы;
- решение Комиссии;
- принятие новых нормативных правовых актов РФ и/или Забайкальского края.

Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются и вводятся в действие в соответствии с решением Комиссии.

5.6. Изменения и дополнения Тарифного соглашения оформляются дополнительным соглашением на основании протокола заседания Комиссии и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

5.7. 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 соответствии с действующим законодательством РФ.

5.8. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу 01 января 2024 года и действует до завершения расчетов за оказанную медицинскую помощь за 2024 год.

5.9. Неотъемлемой частью Тарифного соглашения являются:

– Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Забайкальского края в 2024 году (Приложение № 1 к Тарифному соглашению);

– Тарифы на медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края (Приложение № 2 к Тарифному соглашению);

– Тарифы на отдельные диагностические (лабораторные) исследования в разрезе отдельных медицинских услуг (Приложение № 3 к Тарифному соглашению);

– Коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Забайкальского края (Приложение № 4 к Тарифному соглашению);

– Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в стационарных условиях (Приложение № 5 к Тарифному соглашению);

– Коэффициенты сложности лечения пациента, применяемые при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (Приложение № 6 к Тарифному соглашению);

– Перечень медицинских организаций медицинских организаций по уровням (подуровням) оказания амбулаторной медицинской помощи прикрепившимся лицам (Приложение № 7 к Тарифному соглашению);

– Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц (Приложение № 8 к Тарифному соглашению);

– Перечень медицинских организаций, для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (Приложение № 9 к Тарифному соглашению);

– Коэффициенты дифференциации подушевого норматива и размер дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц (Приложение № 10 к Тарифному соглашению);

– Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов и размер их финансового обеспечения в 2024 году (Приложение № 11 к Тарифному соглашению);

– Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (Приложение № 12 к Тарифному соглашению);

– Коэффициенты дифференциации оказания скорой медицинской помощи и размер фактического дифференцированного подушевого

норматива финансирования скорой медицинской помощи (Приложение № 13 к Тарифному соглашению);

- Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций. Балльная оценка показателей результативности (Приложение № 14.1 к Тарифному соглашению);

- Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций. Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций (Приложение № 14.2 к Тарифному соглашению);

- 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 (Приложение № 15 к Тарифному соглашению);

- Перечень клинико-статистических групп с указанием коэффициентов относительной затратоемкости для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (Приложение № 16 к Тарифному соглашению);

- Перечень клинико-статистических групп с указанием коэффициентов относительной затратоемкости для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (Приложение № 17 к Тарифному соглашению);

- Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (в том числе для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации) (Приложение № 18 к Тарифному соглашению);

- Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ в стационарных условиях (Приложение № 19 к Тарифному соглашению);

- Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ в условиях дневного стационара (Приложение № 20 к Тарифному соглашению);

- Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно (Приложение № 21 к Тарифному соглашению);

- Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию (Приложение № 22 к Тарифному соглашению);





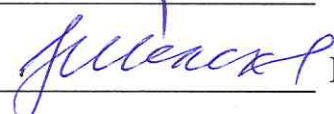
- Перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации (Приложение № 23 к Тарифному соглашению);

- Перечень лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой лекарственной терапии при назначении которых

необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований (Приложение № 24 к Тарифному соглашению).

5.10. Отдельные особенности и порядок оплаты медицинской помощи, а также Порядок учета застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям Забайкальского края для оказания первичной медико-санитарной помощи и Регламент взаимодействия медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, страховых медицинских организаций, ТФОМС Забайкальского края и Министерства здравоохранения Забайкальского края при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при прохождении медицинских осмотров устанавливаются приказом Территориального фонда обязательного медицинского страхования Забайкальского края и являются обязательными для всех участников системы обязательного медицинского страхования Забайкальского края.

ПОДПИСИ СТОРОН:

	А.Г. Ванчикова
	С.Н. Чабан
	О.Н. Петина
	К.Г. Шаповалов
	Н.В. Шелехова