

ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
по оплате медицинской помощи (медицинских услуг) в системе
обязательного медицинского страхования на территории
Приморского края на 2024 год
(в редакции от 16.02.2024 ДС № 1)

г. Владивосток

«02» февраля 2024 года

1. Общие положения

Территориальное тарифное соглашение разработано в соответствии с:

- Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ);
- Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ);
- Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н (далее – Правила ОМС);
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее – Номенклатура);
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2023 года № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» (далее – Программа государственных гарантий);
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 05 мая 2012 года № 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 - Постановлением № 462);

- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 января 2024 № 31-2/И/2-1602 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 - 2026 годы» (далее – Письмо);

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 10 февраля 2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее – Требования);

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»;

- Постановлением Правительства Приморского края от 28 декабря 2023 года № 970-пп «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Приморском крае на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» (далее – территориальная Программа государственных гарантий Приморского края, Территориальная программа ОМС);

- приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем в сфере обязательного медицинского страхования» (в ред. приказа ФФОМС от 16.11.2021 № 113), приказом государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования» (далее - ГУ ТФОМС ПК) от 19.03.2015 № 84-П «Об утверждении Правил формирования файлов со сведениями об оказанной медицинской помощи в поликлинике и стационаре в формате XML»;

- приказом ФФОМС от 31.03.2021 № 34н «Об определении порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»;

- Постановлением Администрации Приморского края от 19 февраля 2014 года № 49-па «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Приморского края» (в редакции постановления Правительства Приморского края от 01.02.2024 № 61-пп) (далее – Комиссия).

Представители сторон, включенные в состав Комиссии

министерство здравоохранения Приморского края в лице министра здравоохранения Приморского края ШЕСТОПАЛОВА ЕВГЕНИЯ ЮРЬЕВИЧА,

государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Приморского края» в лице директора СКОРУПСКОГО КОНСТАНТИНА ВИКТОРОВИЧА,

страховая медицинская организация в лице директора ООО СМО «Восточно-страховой альянс» ТИХОНОВА БОРИСА ПЕТРОВИЧА,

Приморская краевая организация профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя ЛИЗЕНКО ИРИНЫ ИЛЬИНИЧНЫ,

медицинская профессиональная некоммерческая организация в лице президента некоммерческого партнерства «Союз медицинских организаций и врачей Приморского края» МУХОТИНОЙ АЛЕКСАНДРЫ ГРИГОРЬЕВНЫ,

в дальнейшем совместно именуемые Стороны,

заключили настоящее Территориальное тарифное соглашение по оплате медицинской помощи (медицинских услуг) в системе обязательного медицинского страхования на территории Приморского края (далее – Тарифное соглашение) о тарифах на оплату медицинской помощи (медицинских услуг) в системе обязательного медицинского страхования на территории Приморского края.

Предметом настоящего Тарифного соглашения являются:

- сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Приморском крае;
- размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи;
- размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;
- порядок изменения Тарифного соглашения, срок его действия;
- порядок индексации тарифов на оплату медицинской помощи;
- аспекты оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования.

2. Способы оплаты медицинской помощи

В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ оплата медицинской помощи осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, в пределах объемов медицинской помощи, установленных для каждой медицинской организации решением Комиссии, в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, по тарифам на оплату медицинской помощи, утвержденным настоящим Тарифным соглашением.

Фонд осуществляет контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями, согласно Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в объеме и на условиях, установленных Территориальной программой ОМС, договорами на оказание и оплату

медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Договор).

СМО при выявлении нарушений медицинской организацией обязательств, установленных договором, по итогам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе медико-экономического контроля, проведенного Фондом, применяют санкции, предусмотренные статьей 41 Федерального закона № 326-ФЗ, не оплачивать или не полностью оплачивать оказанную медицинской организацией медицинскую помощь по территориальной программе, требовать возврата денежных средств в Фонд и уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи по территориальной программе ненадлежащего качества, предусмотренных статьей 41 Федерального закона № 326-ФЗ, в суммах, определенных в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилам обязательного медицинского страхования, и в соответствии с размерами, установленными в Тарифном соглашении (Приложение № 17) и Договоров.

Медицинская организация вправе обжаловать заключение СМО по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи при наличии разногласий, согласно установленным Правилам ОМС, нормам Федерального закона № 326-ФЗ, положениям Договора.

Ограничение по объемам и стоимости не применяется к медицинской помощи, оплата которой осуществляется в рамках подушевого норматива, при проведении межучрежденческих расчетов между медицинскими организациями.

Формирование тарифов, включая их размер и структуру, осуществляется в разрезе условий оказания медицинской помощи, в соответствии со способами

оплаты и средними нормативами финансовых затрат, установленными территориальной программой ОМС.

Тарифы на медицинскую помощь устанавливаются с учетом коэффициентов дифференциации (Приложение № 10):

1,506 – для оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, осуществляющими деятельность на территории населенных пунктов, расположенных в границах административно-территориальных единиц: город Дальнегорск, Кавалеровский, Ольгинский, Тернейский, Красноармейский районы (северные территории);

1,436 - для оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, осуществляющими деятельность на территории населенных пунктов, расположенных в сельской местности и рабочих поселках приграничной 30-километровой зоны: Кировский район, Октябрьский район, Пограничный район, Пожарский район, Хасанский район (приграничные территории);

1,372 - для оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, расположенными на территории Приморского края, кроме северных и приграничных территорий.

Возмещение расходов медицинской организации по выплате заработной платы и расходов по другим статьям, включенным в территориальные нормативы финансовых затрат, в случае не выполнения медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных Комиссией, не является обязательством системы ОМС.

Взаимодействие между участниками обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с федеральными и региональными нормативными актами, договорами в сфере обязательного медицинского страхования, Порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования и настоящим Тарифным соглашением.

Расчёты стоимости объемов необходимо производить по тарифам, действующим в месяце оказания медицинской помощи, на дату окончания лечения, учитывая подведение итогов по показателям результативности деятельности медицинской организации.

Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, по условиям оказания медицинской помощи и способам оплаты установлен в Приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

При реализации Территориальной программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

2.1. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты:

- 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 патологанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологанатомические 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, 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;

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

- медицинской помощи, оказанной на территории Приморского края застрахованным лицам за его пределами;

- 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);
- посещений школ сахарного диабета;
- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации (используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, с учетом критерия соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению).

На территории Приморского края исследования маммографии с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) не проводятся.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, приведен в Приложении № 1 настоящего Тарифного соглашения.

2.1.1. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, а также молекулярно-генетических исследований и патологанатомических 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, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи)

Подушевое финансирование применяется в части оплаты первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной доврачебной, первичной врачебной и первичной специализированной, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население.

2.1.1.1. Перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, предусматривает оплату лечебно-диагностических, профилактических мероприятий, включающих медицинские услуги:

- врачей следующих специальностей (терапия, педиатрия, общая врачебная практика (семейная медицина), оториноларингология, офтальмология, неврология, хирургия (в том числе детская хирургия), кардиология (в том числе детская кардиология), ревматология, урология (в том числе детская урология-андрология), травматология-ортопедия, эндокринология (в том числе детская эндокринология), гастроэнтерология, пульмонология, аллергология и иммунология, инфекционные болезни, нефрология, нейрохирургия, челюстно-лицевая хирургия, колопроктология, гериатрия, сердечно-сосудистая хирургия);

- вспомогательных лечебно-диагностических подразделений (за исключением отдельных медицинских услуг и видов диагностических исследований, оплачиваемых за единицу объема медицинской помощи);

- услуг логопеда, необходимых для оказания медицинской помощи в соответствии с порядками её оказания;

- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа детского населения (кроме детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), представляющих социальные услуги в стационарной форме);

- медицинская помощь, оказанная в Центрах здоровья;
- расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, включая дистанционное наблюдение за показателями артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений;
- расходы на проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования пациентотв из числа:
 - ветеранов боевых действий;
 - лиц, состоящих на диспансерном наблюдении;
 - женщин в период беременности, родов и послеродовый период.
- неотложная медицинская помощь, в том числе оказанная пациентам в приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации в течение одних суток, в травматологических пунктах.

Неотложная медицинская помощь лицам, обратившимся в медицинскую организацию с признаками неотложных состояний, оказывается, по направлению регистратора безотлагательно.

Неотложная медицинская помощь на дому осуществляется в течение не более 2 часов после поступления обращения больного или иного лица об оказании неотложной медицинской помощи на дому.

Оказание медицинской помощи в приемном отделении стационара как самостоятельно обратившимся больным, так и больным, поступающим по направлениям амбулаторно-поликлинических учреждений или по экстренным показаниям (осмотр, обследование, установление диагноза, оказание лечебной помощи) является функциональной обязанностью

медицинского персонала приемного отделения, независимо от того, выявлены показания к госпитализации или нет.

Расходы приемного отделения на оказание медицинской помощи, в том числе на медикаменты, госпитализированным пациентам учтены в стоимости случая госпитализации.

Медицинская помощь, оказанная в приемном отделении пациентам, без последующей госпитализации в течение одних суток и является медицинской помощью, оказанной в неотложной форме.

В базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц **не включены** средства на оплату:

- видов медицинской помощи и по заболеваниям, не входящим в базовую программу ОМС;

- расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения);

- медицинской помощи (лечебно-диагностические, профилактические мероприятия) включающие медицинские услуги врачей следующих специальностей (гематология, онкология (в том числе детская онкология), дерматология, акушерство-гинекология, терапия (в женской консультации), радиотерапия, радиология);

- стоматологическая медицинская помощь;

- медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам Приморского края на территории других субъектов Российской Федерации;

- отдельные медицинские услуги (однофотонная эмиссионная компьютерная томография, иммуногистохимия (ИГХ), позитронная эмиссионная томография (ПЭТ), сцинтиграфия);

- компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала;

- тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Тарифным соглашением размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

- профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации, включающей дополнительные методы обследований (в том числе второго этапа диспансеризации, I и II этапов диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья женщин и мужчин);

- медицинская помощь в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация»;

- посещений школ сахарного диабета;

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

Оплата медицинской помощи, не включенной в подушевой норматив финансирования, производится за единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)) по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением в пределах утвержденных объемов и стоимости медицинской помощи.

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

2.1.1.2. Расчет объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС в части оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях (ΦO_{CP}^{AMB}), устанавливаемый в соответствии с Требованиями, определяется по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{AMB} = \frac{OC_{AMB}}{Ч_3}, \text{ где:}$$

OC_{AMB} — объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

$Ч_3$ — численность застрахованного населения, человек.

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, по следующей формуле:

$$OC_{AMB} = (No_{ПМО} \times Нфз_{ПМО} + No_{дисп} \times Нфз_{дисп} + No_{иц} \times Нфз_{иц} + No_{ОЗ} \times Нфз_{ОЗ} + No_{НЕОТЛ} \times Нфз_{НЕОТЛ} + No_{МР} \times Нфз_{МР} + No_{дн} \times Нфз_{дн}) \times Ч_3 - OC_{МТР}$$

где:

$No_{ПМО}$ — средний норматив объема медицинской помощи,

оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

Но_{дисп} средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

Но_{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;

Но_{оз} средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений;

Но_{неотл} средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

Но_{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;

Но_{дн} средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;

Нф_{зпмо} 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_{иц} 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_{неотл} 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.

2.1.1.3. Расчет базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц

Значение базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, определяется по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = \left(\frac{ОС_{ПНФ} - ОС_{РД}}{Ч_3 \times СКД_{от} \times СКД_{пв} \times КД} \right)$$

$ПН_{БАЗ}$ Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;

$ОС_{ПНФ}$ объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;

$ОС_{РД}$ объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке, рублей;

$СКД_{от}$ значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения 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;

$СКД_{пв}$ значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава;

$КД$ единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

Параметр $СКД_{от}$ используется в целях сохранения сбалансированности территориальных программ обязательного медицинского страхования и рассчитывается по следующей формуле:

$$СКД_{от} = \frac{\sum(КД_{от}^i \times Ч_3^i)}{\sum(Ч_3^i)},$$

где:

$КД_{от}^i$ значение 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, установленного тарифным соглашением для i -той медицинской организации в соответствии с пунктом 2.5 настоящего раздела рекомендаций;

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

По аналогичной формуле рассчитывается значение $СКД_{пв}$.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не содержит объем средств на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности в размере 2,65% от объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Приморского края.

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации (ОС_{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:

$$О_{СПНФ} = О_{САМБ} - О_{ФАП} - О_{ИССЛЕД} - О_{ЕО} - О_{ПО} - О_{ДИСП} - О_{ДН} ,$$

где:

- $О_{ФАП}$ объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей;
- $О_{ИССЛЕД}$ 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;
- $О_{ЕО}$ объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация»), рублей;
- $О_{ПО}$ объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей
- $О_{ДИСП}$ объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы

обследований (в том числе второго этапа диспансеризации, I и II 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;

Объем средств, направляемый на финансовое обеспечение медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, не включает в себя средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи.

2.1.1.4. Правила применения коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования

Подушевые нормативы финансирования для каждой медицинской организации определяются дифференцированно с учетом коэффициентов, предусмотренных Требованиями.

При расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц применяются следующие коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования:

1) коэффициенты 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 (далее – $K_{Дот}$);

2) коэффициенты половозрастного состава (далее – $K_{Дпв}$);

3) коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (далее – $K_{Дур}$);

4) коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения (далее – $K_{Дзп}$);

5) коэффициенты дифференциации.

Половозрастные коэффициенты дифференциации рассчитываются на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, но не реже одного раза в год, и о численности застрахованных лиц за данный период.

$K_{Дот}$ - коэффициенты 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 № 22).

$K_{Дот}$ определяется с учетом доли населения, обслуживаемого подразделениями, расположенными в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек в размере:

- 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.

В случае, если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям

применения коэффициента дифференциации $K_{от}^i$, коэффициент устанавливается в соответствии с Приложением № 22 к Тарифному соглашению.

Перечень медицинских организаций и структурных подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, приведен в Приложении № 22 к Тарифному соглашению.

$K_{ур}^i$ для всех медицинских организаций, использующих соответствующий способ оплаты, принимается равным 1.

2.1.1.5. Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования ($ДП_{н}^i$), рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по следующей формуле:

$$ДП_{н}^i = ПН_{БАЗ} \times K_{пв}^i \times K_{ур}^i \times K_{зп}^i \times K_{от}^i \times K_{д}^i$$

где:

$ДП_{н}^i$ дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации, рублей;

$K_{пв}^i$ коэффициент половозрастного состава, для i -той медицинской организации;

$K_{ур}^i$ коэффициент уровня расходов медицинских организаций, для i -той медицинской организации, применяется равным единице.

$K_{зп}^i$ коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения, для i -той медицинской организации;

$K_{от}^i$ 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;

KD^i коэффициент дифференциации для *i*-той медицинской организации.

Расчеты между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляются:

- медицинскими организациями на основании заключенных между ними договоров;

- страховыми медицинскими организациями по тарифам (Приложение № 5) в соответствии с «Порядком проведения страховыми медицинскими организациями межучрежденческих расчетов».

В случае отсутствия в медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Приморского края, возможности проведения медицинских услуг, необходимых для выполнения порядков и стандартов медицинской помощи, возможно осуществление межучрежденческих расчетов с иной медицинской организацией.

Межучрежденческие расчеты рекомендуется осуществлять с использованием двух моделей организации оплаты:

- через страховую медицинскую организацию (по тарифам для проведения межучрежденческих, в том числе межтерриториальных, расчетов, установленным настоящим Тарифным соглашением);

- в рамках Договоров.

Тарифы на отдельные медицинские услуги для возмещения расходов медицинским организациям системы ОМС, связанных с оказанием медицинской помощи определенным категориям граждан согласно Постановлениям Правительства РФ № 1093 от 26.09.1994, № 911 от

31.12.2004, № 1563 от 15.12.2018 установлены Приложением № 23.

2.1.2. Оплата за единицу объема медицинской помощи - медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай)

Оплата за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (за законченный случай) производится в рамках установленных Территориальной программой ОМС и распределенных решением Комиссии между медицинскими организациями объемов предоставления медицинской помощи по тарифам, утвержденным настоящим Тарифным соглашением.

Оплата за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (за законченный случай), комплексное посещение используется **при оплате:**

- медицинской помощи, оказанной на территории Приморского края застрахованным лицам за его пределами, 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, включающей дополнительные методы обследований (в том числе второго этапа диспансеризации, I и II этапов диспансеризации, направленной на оценку 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;

- медицинская помощь в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация».

- посещения школ сахарного диабета.

Медицинская помощь, в рамках школ сахарного диабета осуществляется за единицу объема – комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля.

Оплата медицинской помощи в рамках школ сахарного диабета производится в соответствии с Порядком, утвержденным приказом МЗ ПК от 18.04.2023 №18/пр/565 «Об утверждении Положения об организации деятельности кабинетов терапевтического обучения «Школа для пациентов с сахарным диабетом» на территории Приморского края», при условии пройденной диспансеризации либо профилактического медицинского осмотра, а также наличия диспансерного наблюдения по сахарному диабету.

При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является комплексное посещение.

Оплата профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется в соответствии с приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации

- от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

- от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;

- от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»;

- от 21.04.2022 № 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»;

- от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;

- от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическим заболеванием».

Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

Тарифы за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай)) учитывают расходы на врачебный осмотр, врачебные и сестринские манипуляции, физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж, лечебную физкультуру, услуги процедурного, перевязочного и других вспомогательных кабинетов, проведение ультразвуковых и прочих диагностических исследований.

Оплата за единицу объема медицинской помощи осуществляется:

- за отдельные диагностические (лабораторные) исследования (Приложение № 7):

- компьютерной томографии;
- магнитно-резонансной томографии;
- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы;
- эндоскопических диагностических исследований;
- молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала;

- тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (методом полимеразной цепной реакции, на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов), **в случае:**

- наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп;

- наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, в том числе для оценки результатов проводимого лечения;

- положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации) (Приложение № 20);

- по специальностям амбулаторного приема (Приложение № 9/1);

Оплата медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», оказанной в женских консультациях МО и в кабинетах акушеров-гинекологов, осуществляется за:

1. обращение к врачу - акушеру – гинекологу в связи с заболеванием;

2. обращение к врачу - акушеру – гинекологу с целью наблюдения женщин, состоящих на учете по беременности в женской консультации, в том числе с заболеваниями, согласно диагнозам МКБ-10 (**Z34-Z35, O10-O75; O86-O94; O98-O99**) (за единицу объема принимается наблюдение в течение месяца (однократно) с момента первого посещения, включая все последующие посещения, но не менее двух посещений);

3. посещение врача - акушера – гинеколога с профилактическими или иными целями, в том числе патронаж беременных врачом акушером-гинекологом.

- за стоматологическую медицинскую помощь (в том числе оказанную в неотложной форме) – за посещение и обращение, скорректированные с учетом содержащихся в них количестве УЕТ (Приложение № 9/2) по тарифам (Приложение № 9/3). Персонифицированный учет медицинских услуг по стоматологической медицинской помощи осуществляется в соответствии со средним количеством УЕТ в одной медицинской услуге, применяемым для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-

санитарной специализированной стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение № 9/4).

Расчет стоимости случая осуществляется исходя из суммы стоимости каждой услуги с округлением **до двух знаков** после запятой.

Оплата медицинских услуг «19К05.70 Комбинированный ингаляционный наркоз», «19К05.71 Комбинированный эндотрахеальный наркоз», «19К05.72 Тотальная внутривенная анестезия», входящих в посещение, обращение по профилю «Стоматология» производится за счет средств ОМС только при оказании медицинской помощи пациентам, имеющим абсолютные показания к оказанию стоматологической помощи под общим обезболиванием в подразделениях медицинской организации, имеющих лицензию в амбулаторных условиях по "анестезиологии и реаниматологии" в соответствии с Приказом МЗПК «Об организации медицинской помощи пациентам 18 лет и старше со стоматологическими заболеваниями под общим обезболиванием на территории Приморского края».

- за отдельную медицинскую услугу (Приложение № 9/5);

- проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин (комплексное посещение) (Приложения №№ 9/8-9/12, 27).

Оплата разовых посещений по поводу заболевания (с кратностью менее двух посещений по поводу одного заболевания), посещений с профилактическими целями и посещений с иными целями осуществляется по тарифу за посещение к врачу определенной специальности.

Медицинские организации оплату проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, в том числе в части проведения УЗИ врачами-специалистами, прошедшими специальную

подготовку и имеющими допуск на проведение ультразвукового скринингового обследования, осуществляют на основании заключенных между МО договоров.

- углубленная диспансеризация (Приложение № 19);

Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно Приложению № 5 к Программе.

Углубленная диспансеризация также может быть проведена по инициативе гражданина, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

В соответствии с Программой оплата углубленной диспансеризации осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи – комплексное посещение.

Оплата углубленной диспансеризации за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, учитываемых при расчете стоимости комплексного посещения.

Медицинские организации организуют прохождение в течение одного дня углубленной диспансеризации гражданином из расчета выполнения всех исследований и иных медицинских вмешательств первого этапа углубленной диспансеризации в соответствии с Приложением № 17 к территориальной программе.

В случае, если отдельные исследования и медицинские вмешательства, учитываемые при расчете стоимости комплексного посещения углубленной диспансеризации, не были выполнены, оплата такого случая не осуществляется.

Направление граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке, осуществляется в порядке, установленном приказом

Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 года № 698н «Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке».

По результатам углубленной диспансеризации в случае выявления у гражданина хронических неинфекционных заболеваний, в том числе связанных с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), гражданин в течение 3-х рабочих дней в установленном порядке направляется на дополнительное обследование, ставится на диспансерное наблюдение, при наличии показаний ему оказывается соответствующее лечение и медицинская реабилитация в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также предоставляются лекарственные препараты в соответствии с законодательством Российской Федерации.

- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях (Приложение № 24);

- медицинская реабилитация (Приложение № 25).

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется дифференцированно, в том числе в зависимости от оценки состояния пациента по ШРМ (1–3 балла) и заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация.

Например, медицинская реабилитация пациентам:

- при заболеваниях центральной нервной системы по баллам ШРМ;
- при кардиологических заболеваниях по баллам ШРМ;
- при заболеваниях опорно-двигательного аппарата по баллам ШРМ;
- после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19) по баллам ШРМ;

- при других соматических заболеваниях по баллам ШРМ.

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации. При этом комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10 - 12 посещений.

- диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин (Приложение № 27).

2.1.2.1.Способ оплаты за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу используется при оплате 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

Оплата за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу при оплате 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, производится в рамках установленных Территориальной программой ОМС и распределенных решением Комиссии между медицинскими организациями объемов предоставления медицинской помощи по тарифам, утвержденным настоящим Тарифным соглашением (Приложение № 7).

Назначение 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) осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медицинскую помощь, при наличии медицинских показаний.

Врач, оказывающий первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, направляет пациентов на исследования в медицинскую организацию посредством выдачи направлений в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и приказом по маршрутизации, утвержденным министерством здравоохранения Приморского края.

Направления выдаются в электронном виде с использованием Единого информационного ресурса.

СМО принимают к оплате услуги при наличии направления на исследования от врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и приказами по маршрутизации. Оплата медицинской помощи осуществляется только при соблюдении утвержденного порядка маршрутизации, в пределах объемов и стоимости, установленных решением Комиссии.

Оплата указанных отдельных диагностических (лабораторных) исследований может осуществляться по межучрежденческим расчетам при отсутствии возможности проведения их в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь.

2.1.3. Способ оплаты по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации

Способ оплаты по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-

акушерскими пунктами, учитывает критерии соответствия их 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).

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФП/ФАПы) при условии их соответствия требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, с учетом коэффициента дифференциации и коэффициента уровня к размерам финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, составляет в среднем на 2024 год:

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей – 1311,32 тыс. рублей;
- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 101 до 900 жителей – 1703,01 тыс. рублей;
- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 901 до 1500 жителей – 3405,89 тыс. рублей;
- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей – 4023,43 тыс. рублей;
- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий свыше 2000 жителей – 4264,84 тыс. рублей.

Расходы на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов не учитываются в составе подушевого норматива финансирования для прикрепленного населения.

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

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

- наличие сведений о населении по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц на начало расчетного периода;
- наличие занятой должности медицинского работника;
- соответствие материально-технической базы.

Распределение ФП/ФАПов по категориям произведено ГУ ТФОМС ПК по состоянию на 01.12.2023:

- ФП/ФАП, обслуживающий до 100 жителей - 0 категория;
- ФП/ФАП, обслуживающий от 101 до 900 жителей - 1 категория;
- ФП/ФАП, обслуживающий от 901 до 1500 жителей - 2 категория;
- ФП/ФАП, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей - 3 категория;
- ФП/ФАП, обслуживающий свыше 2000 жителей - 4 категория.

Информация, в части: количество и местонахождение ФП/ФАПов, количество занятых ставок, соответствие материально-технической базы, предоставляется министерством здравоохранения Приморского края.

Средства на оплату медицинской помощи в неотложной форме в ФП/ФАПах учтены в размерах финансового обеспечения ФП/ФАПов.

Для ФП/ФАПов менее 100 жителей применяется понижающий коэффициент - 0,77.

Для ФП/ФАПов свыше 2000 жителей применяется повышающий коэффициент – 1,06.

Размер финансового обеспечения ФП/ФАПов, обслуживающих до 100 жителей (**0 категория**), определяется с учетом коэффициента специфики к размеру финансового обеспечения, установленного для 1 категории. Размер коэффициента приведен в Приложении № 8.

Размер финансового обеспечения ФП/ФАПов, обслуживающих более 2000 жителей (**4 категория**), определяется с учетом коэффициента специфики к размеру финансового обеспечения, установленного для 3 категории. Размер коэффициента приведен в Приложении № 8.

Размер финансового обеспечения ФП/ФАПов 1 категории, 2 категории, 3 категории определяется с учетом коэффициента специфики к размеру финансового обеспечения, установленного Программой государственных гарантий для ФП/ФАП с учетом коэффициента дифференциации, соответствующей категории.

Для ФП/ФАПов **не соответствующих требованиям**, установленным нормативным правовым актом Минздрава России (соответствие материально-технической базе и требованиям кадрового состава), размер финансирования определяется от количества занятых ставок, численности населения, обслуживаемого ФП/ФАПом, коэффициентов дифференциации, а также от размера средств на содержание ФП/ФАПов.

В случае полной неукomплектованности ФП/ФАПов финансирование за счет средств ОМС не производится.

Перечень ФП/ФАПов, с указанием диапазона численности обслуживаемого населения в соответствии с территориальной программой, размера финансового обеспечения (в год, в месяц), а также информации о соответствии/несоответствии ФП/ФАПов требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, приведен в Приложении № 8 настоящего Тарифного соглашения.

В случае если у фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н или коэффициент специфики, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\text{ФАП}}^j = OC_{\text{ФАПнг}}^j + \left(\frac{\text{БНФ}_{\text{ФАП}}^j \times \text{КС}_{\text{БНФ}}^j}{12} \times n_{\text{МЕС}} \right), \text{ где:}$$

$OC_{\text{ФАП}}^j$ фактический размер финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта;

$OC_{\text{ФАПнг}}^j$ объем средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта с начала года;

$n_{\text{МЕС}}$ количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

$\text{БНФ}_{\text{ФАП}}^n$ базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа;

$\text{КС}_{\text{БНФ}}^n$ коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 543н (в том числе с учетом расчетного объема средств на оплату консультаций, связанных с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем).

Финансовое обеспечение ФП/ФАПов ежемесячно включается в счета медицинских организаций в разрезе СМО в размере 1/12 от годовой суммы исходя из доли застрахованного населения по состоянию на 01.12.2023 (Приложение № 8).

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов.

Медицинские организации обеспечивают целевой характер использования средств, выделяемых на финансирование ФП/ФАПов.

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

2.2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, применяются следующие способы оплаты:

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний, группу высокотехнологической 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 (летального исхода), выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня

госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, применяются следующие способы оплаты:

- 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 (летального исхода), выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

2.2.1. Основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ

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

– заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень видов ВМП), включенных в базовую программу, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;

– заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по Перечню видов ВМП, не включенных в базовую программу, для которых Программой установлен средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;

– социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, и синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения);

- услуг диализа, включающих различные методы.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, приведен в Приложении № 1 настоящего Тарифного соглашения.

При планировании объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ, из общего объема средств, рассчитанного исходя из нормативов Территориальной программы ОМС Приморского края, **исключаются средства:**

- предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;
- предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ (в случаях, являющихся исключениями);
- направляемые на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в части

превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента (СПК) по сравнению с запланированным.

КСГ определяются в соответствии Методическими рекомендациями Минздрава России и ФФОМС.

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги в условиях круглосуточного стационара:

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	st02.008	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)	0,58	st02.008	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	st02.009	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	0,46
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	0,84	st04.002	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	1,74	st04.002	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,49	st21.007	Болезни глаза	0,51
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	st34.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,89
st34.002	Операции на органах полости	0,74	st26.001	Болезни полости рта,	0,79

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
	рта (уровень 1)			слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	

2.2.2. Основные параметры оплаты медицинской помощи по КСГ, определяющие стоимость законченного случая лечения

Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

1. Размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;
2. Коэффициент относительной затратоёмкости;
3. Коэффициент дифференциации;
4. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи;
5. Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;
6. Коэффициент сложности лечения пациента;
7. Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики".

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (СС(КСГ)) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по следующей формуле:

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

где:

БС базовая ставка, рублей;

$KZ_{КСГ}$ коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;

$KC_{КСГ}$ коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

$KUC_{МО}$ коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД коэффициент дифференциации (Приложение № 10);

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).

$KD_{ЗП}$ коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики".

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных Приложением № 21, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

При определении стоимости случая лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара $KD_{ЗП}$ равен единице.

2.2.2.1. Размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ)

Размер базовой ставки определяется исходя из следующих параметров:

- объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КСГ (ОС);

- общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ (Чсл);

- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ (СПК).

Размер базовой ставки устанавливается на год. Корректировка базовой ставки возможна в случае значительных отклонений фактических значений от расчетных не чаще одного раза в квартал.

2.2.2.2. Коэффициент относительной затратоемкости КСГ

Коэффициенты относительной затратоемкости определены с учетом статей затрат, предусмотренных структурой тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, установленной Федеральным законом № 326-ФЗ, выполнения целевых показателей уровня заработной платы работников медицинских организаций, предусмотренных Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» (далее – Указ № 597), стоимости медицинских изделий и лекарственных препаратов, предусмотренных клиническими рекомендациями, традиционных продуктов диетического лечебного питания и специализированных пищевых продуктов диетического лечебного и диетического профилактического питания - смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов¹, включенных в нормы лечебного питания, утвержденные приказом

¹ Закупке подлежат специализированные продукты лечебного и диетического питания, смеси белковые композитные сухие, выпускаемые по ГОСТ 33933-2016 «Продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания. Смеси белковые композитные сухие. Общие технические условия», и витаминно-минеральные комплексы, выпускаемые по ГОСТ Р 57106-2016 «Продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания. Комплексы витаминно-минеральные в лечебном питании. Технические условия» и ГОСТ Р 58040-2017 «Комплексы витаминно-минеральные. Общие технические условия».

Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013 г. № 395н «Об утверждении норм лечебного питания».

2.2.2.3. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи

Коэффициент специфики применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций.

2.2.2.4. Коэффициент уровня медицинской организации

Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований в медицинских организациях разного уровня.

Распределение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи отражено в Приложении № 1 к настоящему 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). Список КСГ приведен в Приложении №11 к Тарифному соглашению.

2.2.2.5. Коэффициент сложности лечения пациента

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП), устанавливается в соответствии с Приложением № 21 «Перечень случаев, для которых установлен КСЛП и критерии применения КСЛП».

«Перечень сочетанных хирургических вмешательств» установлен Приложением № 4, «Перечень однотипных операций на парных органах» Приложением № 6.

2.2.3. Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии

КСЛП в случае проведения сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых может быть применен в случае, если проведение сопроводительной терапии предусмотрено соответствующими клиническими рекомендациями, в рамках госпитализаций в стационарных условиях по КСГ st19.084-st19.089, st19.094-st19.102, st19.144-st19.162; в условиях дневного стационара по КСГ ds19.058-ds19.062, ds19.067-ds19.078, ds19.116-ds19.134.

При использовании схем лекарственной терапии, предусматривающих применение лекарственных препаратов филграстим, деносумаб, эмпэгфилграстим, КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых» не применяется.

Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии, при применении которых может быть применен КСЛП:

Код схемы	Уровень КСЛП	Описание схемы	Условия применения
supt01	1	Филграстим 4 дня введения по 300 мкг	
supt02	2	Деносумаб 1 день введения 120 мг	установленный клиренсе креатинина <59 мл/мин на момент принятия решения о назначении препарата Деносумаб
supt03	2	Тоцилизумаб 1 день введения 4 мг/кг	
supt04	2	Филграстим 8 дней введения по 300 мкг	
supt05	3	Эмпэгфилграстим 1 день введения 7,5 мг	
supt06	2	Филграстим 10 дней введения по 300 мкг	

supt07	1	Микофенолата мофетил 30 дней введения по 500 мг 2 раза в день	
supt08	1	Такролимус 30 дней введения по 0,1 мг/кг	
supt09	3	Ведолизумаб 1 день введения 300 мг	
supt10	3	Инфликсимаб 1 день введения 800 мг	
supt11	3	Иммуноглобулин человека нормальный 2 дня введения по 1000 мг/кг	
supt12	3	Иммуноглобулин антитимоцитарный 8-14 дней введения 10-20 мг/кг	

2.2.4. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи

К прерванным случаям оказания медицинской помощи (далее – прерванный случай) 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, обусловленный 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) 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 Приложение №11, №14 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 Программой и приложением 6 к Методическим рекомендациям Минздрава России и ФФОМС (далее – Группировщик (приложение 6 и 7), оплачиваются как прерванные случаи, аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2–9 пункта 2.2.2.2.8 «Оплата случаев лечения по двум и более КСГ» случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2–4 данного пункта.

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.

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 – **85%** от стоимости КСГ.

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, являющиеся прерванными по основанию изложенному в подпунктах 7 и 9 данного раздела, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

2.2.5. Особенности формирования КСГ для случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 (st12.015-st12.019)

Тяжесть течения заболевания определяется в соответствии с классификацией новой коронавирусной инфекции COVID-19 по степени тяжести, представленной во Временных методических рекомендациях

«Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации. Каждому уровню тяжести состояния соответствует отдельная КСГ st12.015-st12.018 (уровни 1-4).

Коэффициенты относительной затроемкости по КСГ st12.016-st12.018 (уровни 2-4), соответствующим случаям среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого лечения, учитывают период долечивания пациента.

Правила оплаты госпитализаций в случае перевода на долечивание:

- в пределах одной медицинской организации – оплата в рамках одного случая оказания медицинской помощи (по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения заболевания);

- в другую медицинскую организацию – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)». Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется в общем порядке;

- в амбулаторных условиях – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в общем порядке, определенным тарифным соглашением.

2.2.6. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии

2.2.6.1. 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), разовую дозу препарата (фиксированная величина или разовая доза 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 «Группировщиках», являющихся Приложениями 6 и 7 к настоящим рекомендациям, 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, изложенным в подпунктах 1–6 пункта 2.2.2.4.

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 пункта 2.2.2.4):

- 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 **пункта 2.2.2.4**.

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 **пункта 2.2.2.4**) 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.

2.2.6.2.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 **пункта 2.2.2.4)** в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

2.2.6.3.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 **пункта 2.2.2.4.**

2.2.7. Оплата случая лечения по двум 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 подпунктом **2.2.2.6** основаниям;

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 и пребывания в нем в течении 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.

2.2.8. Оплата отдельных случаев медицинской помощи

1) Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»

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

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) 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".

3) **Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа**

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в **условиях круглосуточного стационара** осуществляется – за услугу диализа (Приложение № 12) только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи, **в условиях дневного стационара** – за услугу диализа (Приложение № 12) и при **необходимости**:

- в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи

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.

4) Случаи проведения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в дневном стационаре подлежат оплате из средств ОМС. При этом хранение криоконсервированных эмбрионов, полученных в процессе проведения процедуры ЭКО, за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

5) **Особенности оплаты случаев лечения по КСГ, в составе которых**

Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов

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

$$CC_{\text{КСГ}} = BC \times KZ_{\text{КСГ}} \times \left((1 - D_{\text{ЗП}}) + D_{\text{ЗП}} \times KC_{\text{КСГ}} \times КУС_{\text{МО}} \times КД_{\text{ЗП}} \times КД \right) + BC \times КД^* \times КСЛП, \text{ где:}$$

BC	размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
$KZ_{\text{КСГ}}$	коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
$D_{\text{ЗП}}$	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (Приложение № 11, Приложение № 14);
$KC_{\text{КСГ}}$	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
$KУС_{\text{МО}}$	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КД	коэффициент дифференциации;
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).
$КД_{\text{ЗП}}$	коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики".

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

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных Приложением № 21, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

При определении стоимости случая лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара КД_{ЗП} равен единице.

б) Особенности формирования КСГ, классифицирующих случаи диагностики и лечения злокачественных новообразований Лекарственная терапия злокачественных новообразований (КСГ st08.001-st08.003, st19.090-st19.102, st19.125-st19.143, ds08.001-ds08.003, ds19.063-ds19.078, ds19.097-ds19.115)

За законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в столбце «Количество дней введения в тарифе» листа «Онкология, схемы ЛТ».

Оплата случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей (КСГ st19.090-st19.102 и ds19.063-ds19.078).

Учитывая, что при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей в ряде случаев длительность госпитализации может значительно превышать 30 дней, предполагается ежемесячная подача счетов на оплату, начиная с 30 дней с даты госпитализации. Для каждого случая, предъявляемого к оплате, отнесение к КСГ осуществляется на основании критериев за период, для которого формируется счет.

7) Особенности формирования КСГ st36.013-st36.015 для случаев проведения антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами

Отнесение к КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровни 1-3)» осуществляется по коду иного классификационного критерия из диапазона «amt01»-«amt15», соответствующего коду схемы лекарственной терапии в соответствии со справочником «ДКК» файла «Расшифровка групп».

Иные классификационные критерии для данных КСГ включают МНН дорогостоящего лекарственного препарата, назначение которого является критерием отнесения к группе, а также обязательность наличия результатов микробиологического исследования, подтверждающего наличие инфекции,

вызванной полирезистентными микроорганизмами. При этом не ограничена возможность использования в составе применяемой схемы других антимикробных лекарственных препаратов: для антибактериальных лекарственных препаратов возможно сочетание с любыми другими лекарственными препаратами, предусмотренными для проведения антимикробной терапии, в том числе антимикотическими, и наоборот. Также возможно использование как схем, включающих только антибактериальные лекарственные средства, так и терапии, включающей только антимикотические препараты

Оплата случая лечения по указанным КСГ во всех случаях осуществляется в сочетании с КСГ, определенной по коду основного заболевания. В случае последовательного назначения нескольких курсов антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами, осуществляется оплата по нескольким КСГ, однако не допускается выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровни 1-3)» с пересекающимися сроками лечения.

8) Классификационные критерии подгрупп КСГ

8.1) Разгруппирована КСГ **ds36.002** «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения».

Классификационными критериями являются:

- для подгруппы **ds36.002.01** «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» является указание кодов МКБ -10 согласно группировщику, за исключением **Z36.8**;

- для подгруппы **ds36.002.02** «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (антенатальный скрининг беременных)» является:

- указание кода МКБ-10: Z36.8, диагноза сопутствующего заболевания по МКБ-10 O10 - O48 и кодов услуг согласно Номенклатуре: осмотр не менее 6 из

перечисленных в приказе МЗПК от 07.05.2019 № 18/пр/444 врачей-специалистов и 100% инструментальных и лабораторных исследований, указанных в приказе;

- «длительность пребывания» не более 2-х дней включительно.

Значения коэффициентов затратоемкости установлены Приложением №14 к Тарифному соглашению.

8.2) Разгруппирована КСГ **st27.008** «Другие болезни сердца (уровень 1)» со следующими классификационными критериями:

- для подгруппы **st27.008.01** согласно группировщику;

- для подгруппы **st27.008.02**: диагноз I50* в сочетании с

нахождением не менее 24 часов: в ПИТ (палате интенсивной терапии) и/или в ОРИТ и/или в РАО (реанимационно-анестезиологическое отделение) + оценкой по шкале органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA) 2 и более + проведение исследования оценки эффективности диуретической терапии по натрийурезу (при декомпенсации или при устойчивости к диуретикам (код услуги – А09.28.014)

или

использование лекарственного средства МНН «Левосимидан».

- для подгруппы **st27.008.03**: диагноз код МКБ-10 - I50* в сочетании с проведением ЭХОКГ с определением глобальной продольной деформации левого желудочка (код услуги - А04.10.002.002.001).

8.3.) Разгруппирована КСГ **st27.009** «Другие болезни сердца (уровень 2)» со следующими классификационными критериями:

- для подгруппы **st27.009.01** согласно группировщику;

- для подгруппы **st27.009.02**: диагноз код МКБ-10 - I50* в сочетании с услугой, являющейся основным классификационным критерием для КСГ st.27.009, а также с:

нахождением не менее 24 часов: в ПИТ (палате интенсивной терапии) и/или в ОРИТ и/или в РАО (реанимационно-анестезиологическое отделение) + оценкой по шкале органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA) 2 и более + проведение исследования оценки эффективности диуретической терапии по натрийурезу (при декомпенсации или при устойчивости к диуретикам (код услуги – А09.28.014 «Исследование уровня натрия в моче»)

или

использование лекарственного средства МНН «Левосимидан».

- для подгруппы **st27.009.03**: диагноз код МКБ-10 - I50* в сочетании с услугой, являющейся основным классификационным критерием для КСГ st.27.009, а также с проведением ЭХОКГ с определением глобальной продольной деформации левого желудочка (код услуги - А04.10.002.002.001).

8.4.) Разгруппирована КСГ **st36.004** «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения.

Классификационными критериями являются:

- для подгруппы **st36.004.01** «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» является указание кодов МКБ -10 согласно группировщику, за исключением **Z03**;

- для подгруппы **st36.004.02** «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (Диагностическое обследование пациента, доставленного по экстренным показаниям, с диагностической и лечебной целью, с неуточненным первичным диагнозом)» является указание кода МКБ-10: **Z03** «Медицинское наблюдение и оценка при подозрении на заболевание или патологическое состояние, и его исключение».

КСГ **st36.004.2** применяется при переводе пациента в другое лечебное учреждение. В случае, если пациент переведен в рамках одной медицинской организации оплата производится по КСГ основного заболевания.

Если случай оплачивается по 2-м и более КСГ, оплата по КСГ st36.004.2 не производится.

Оплата по КСГ **st36.004.02** производится при наличии лицензии на оказание скорой медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара и в соответствии с маршрутизацией, утвержденной приказом МЗ ПК.

Значения коэффициентов затратно-емкости установлены Приложением №11 к Тарифному соглашению.

9) Особенности оплаты патолого-анатомических вскрытий

При проведении патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу, в указанных медицинских организациях осуществляется за счет средств ОМС.

При этом возмещение расходов медицинской организации, имеющей в своей структуре патолого-анатомическое отделение, на проведение патолого-анатомических вскрытий осуществляются в рамках оплаты прерванного случая госпитализации по соответствующей клинико-статистической группе заболеваний/состояний.

2.2.9. Оплата за случай лечения заболевания по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), финансирование которых осуществляется за счет средств ОМС

Расчет стоимости случая лечения заболевания производится на основании нормативов финансовых затрат на единицу объема

предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи включенных, в базовую программу ОМС, утвержденному в Приложении (раздел 1) к Программе государственных гарантий, скорректированных на величину коэффициента дифференциации, согласно Письму по утвержденным тарифам (Приложение № 13).

2.3. Способ оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации)

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

- по подушевому нормативу финансирования;
- за единицу объема медицинской помощи – за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной на территории Приморского края застрахованным лицам за его пределами, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, приведен в Приложении № 1.

2.3.1. Расчет объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской

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

$$\Phi O_{\text{СР}}^{\text{СМП}} = \frac{O C_{\text{СМП}}}{\text{Ч}_R}, \text{ где:}$$

$OC_{СМП}$ — объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$Ч_3$ — численность застрахованного населения, человек.

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

$$OC_{СМП} = (N_{OC_{СМП}} \times N_{ФЗ_{СМП}}) \times Ч_3 - OC_{МТР}, \text{ где:}$$

$N_{OC_{СМП}}$ — средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, вызовов;

$N_{ФЗ_{СМП}}$ — средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный Территориальной программой, рублей;

$OC_{МТР}$ — 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;

$Ч_3$ — численность застрахованного населения, человек.

2.3.2. Определение базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи

Базовый (средний) 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, по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = \frac{ОС_{СМП} - ОС_{В}}{Ч_{Э} \times КД}, \text{ где:}$$

$ПН_{БАЗ}$ базовый (средний) 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 Приморском крае лицам за вызов, рублей;

$КД$ единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

2.3.3. Определение дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи в Приморском крае, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДПН^i = ПН_{БАЗ} \times КД_{ПВ}^i \times КД_{УР}^i \times КД_{ЗП}^i \times КД^i ,$$

где:

$ДПН^i$ дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той 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.

$KД_{зп}^i$ коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i -той медицинской организации;

$KД^i$ коэффициент дифференциации i -той медицинской организации.

2.3.4. Определение размера финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации

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:

$$\Phi O_{\text{СМП}} = \Phi Д П н^i \times Ч з^{\text{ПР}} + О С_{\text{В}}, \text{ где:}$$

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

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

В случае проведения тромболитической терапии оплата медицинской помощи производится по тарифу за вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии (Приложение № 16).

Вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе включает комплекс диагностических

и лечебных манипуляций, проводимых бригадой скорой медицинской помощи с использованием лекарственных средств.

2.4. Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, стационарных условиях и в условиях дневного стационара (за исключением скорой медицинской помощи)

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, применяется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе показателей объема медицинской помощи. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях **исключаются** расходы на проведение 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, а также расходы на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях и расходы на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Указанный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц для медицинской организации складывается из рассчитанного

дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц для данной медицинской организации, включающего медицинскую помощь в неотложной форме, а также объем средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

В соответствии с Соглашением от 22 января 2024 г № 1-МТ о предоставлении из краевого бюджета межбюджетного трансферта бюджету территориального фонда ОМС Приморского края на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в части базовой программы обязательного медицинского страхования (в том числе на расходы по ведению дела страховыми медицинскими организациями в размере 0,87% от общего объема предоставляемых межбюджетных трансфертов) при расчете стоимости медицинской помощи учтен объем средств межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету ГУ ТФОМС ПК на дополнительное финансовое обеспечение реализации ТП ОМС за счет средств краевого бюджета на 2024 год, утвержденных Законом Приморского края от 22 декабря 2023 года № 495-КЗ «О краевом бюджете на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 годов».

Расчет стоимости медицинской помощи осуществляется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива (Приложение № 18) и численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации по состоянию на последний день отчетного месяца.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации, частота проведения мониторинга не реже одного раза в квартал.

Приложением № 3 к Тарифному соглашению определен Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц и оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, за

достижение показателей результативности деятельности и (далее – показатели результативности деятельности).

Расчеты между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляются по тарифам (Приложение № 5) в соответствии с «Порядком проведения страховыми медицинскими организациями межучрежденческих расчетов».

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям, с учетом показателей результативности (за исключением скорой медицинской помощи), указан в Приложении № 1.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) **включает расходы** на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с иными целями, обращение в связи с заболеванием, а также специализированную медицинскую помощь в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – случай госпитализации.

за исключением расходов:

- на оплату высокотехнологичной медицинской помощи;
- на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований (магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-

сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала;

- на тестирование 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, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;

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

- медицинская помощь в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация»;

- посещения школ сахарного диабета.

- на финансовое обеспечение медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения);

- на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

2.5. Медицинская помощь, оказанная инокраевым гражданам на территории Приморского края, и жителям Приморского края за пределами территории страхования

Оплата медицинской помощи, оказанная инокраевым гражданам на территории Приморского края, и жителям Приморского края за пределами территории страхования осуществляется в соответствии с тарифами,

установленными тарифным соглашением по месту оказания медицинской помощи.

Медицинские организации, оказавшие медицинские услуги гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в других субъектах РФ, представляют в ГУ ТФОМС ПК отдельно сформированные реестры счетов и счета за оказанную медицинскую помощь.

ГУ ТФОМС ПК проводит медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи реестров счетов, при наличии претензий составляет протокол с мотивированным отказом и направляет его в медицинскую организацию. При отсутствии претензий ГУ ТФОМС ПК оплачивает счета МО по тарифам, утвержденным настоящим Тарифным соглашением.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным на территории Приморского края медицинскими организациями, находящимися вне территории Приморского края, осуществляется по видам, включенным в базовую программу ОМС, по способам оплаты и тарифам, действующим на территории оказания медицинской помощи, при наличии полиса ОМС и документа, удостоверяющего личность.

Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации по месту нахождения медицинской организации, и оказывающих медицинскую помощь в рамках участия в реализации территориальной программы другого субъекта Российской Федерации (далее - второй субъект Российской Федерации), при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, полис обязательного медицинского страхования которым выдан во втором субъекте Российской Федерации, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленные в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии со статьей 30 Федерального закона, другого субъекта Российской Федерации для данной медицинской организации.

Территориальный фонд ОМС другой территории предьявляет в ГУ ТФОМС ПК к оплате реестр счетов и счет на общую сумму оказанных

услуг. Реестр счетов передается согласно правилам представления информации при проведении межтерриториальных расчетов.

ГУ ТФОМС ПК производит оплату счета после получения его на бумажном носителе или в электронном виде с электронно-цифровой подписью по тарифам, действующим на другой территории на момент оказания медицинской помощи, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Тарифы рассчитываются в соответствии с методикой расчета, установленной Правилами ОМС, на основе стандартов и порядков оказания медицинской помощи и являются едиными для медицинских организаций.

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяются в зависимости от формы, вида и условий оказания медицинской помощи по способам оплаты медицинской помощи, указанным в настоящем Тарифном соглашении, в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил ОМС и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной застрахованным лицам определяют уровень возмещения и состав компенсируемых расходов МО.

Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются с учетом коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций:

1) к **первому уровню** медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной)

населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа);

2) **ко второму уровню** медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), расположенные на территории закрытых административных территориальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры;

4) **к третьему уровню** медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает расходы медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги):

- 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 (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) 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.

Тарифы на оплату медицинской помощи на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), финансирование которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, включают в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного

обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств.

Расходы на приобретение основных средств стоимостью свыше четырехсот тысяч рублей за единицу осуществляются в пределах финансовых средств полученных за оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

В состав расходов на заработную плату включается финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, предусмотренные трудовым законодательством Российской Федерации:

- врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- медицинским работникам фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам, медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

- врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Указанные расходы осуществляются в пределах средств, полученных МО от СМО по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, в рамках объемов предоставления медицинской помощи, распределенных решением Комиссии.

В структуру тарифа **не включаются и не подлежат оплате** за счет средств обязательного медицинского страхования расходы медицинских

организаций:

- не связанные с деятельностью по ТП ОМС, в том числе расходы по содержанию имущества, сдаваемого в аренду и (или) используемого в коммерческой деятельности и (или) переданного в безвозмездное пользование;
- на проведение капитального ремонта нефинансовых активов (в том числе зданий и сооружений, приобретение материалов для проведения капитального ремонта и оплата труда работников, задействованных в проведении капитального ремонта, составление и экспертиза проектно-сметной документации, капитальный ремонт оборудования, автомобилей и т.д.);
- на приобретение иммунобиологических препаратов для вакцинации населения в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям;
- на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 000 рублей за единицу, за исключением: расходов на приобретение основных средств стоимостью свыше четырехсот тысяч рублей за единицу, осуществляющихся в пределах финансовых средств, полученных за оказание высокотехнологичной медицинской помощи и в случае приобретения 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;
- расходы на оплату получения высшего и/или среднеспециального образования, обучение в ординатуре, интернатуре;
- прочие расходы, финансируемые согласно ТППГ за счет бюджетов всех уровней, в том числе в виде выплат (надбавок, повышений и иных доплат) к заработной плате установленных нормативными правовыми актами

Примоского края (в т.ч. органами исполнительной власти) сверх размеров утвержденных нормативными документами Российской Федерации.

В целях правильного применения Тарифного соглашения следует руководствоваться Указаниями о порядке применения Бюджетной классификации Российской Федерации, ежегодно утверждаемыми соответствующими приказами Министерства финансов Российской Федерации и Инструкцией по применению единого плана счетов бухгалтерского учета для органов государственной власти (государственных органов), органов местного самоуправления, органов управления государственными внебюджетными фондами, государственных академий наук, государственных (муниципальных) учреждений.

В случае изменения в течение финансового года тарифов на оплату медицинской помощи, ранее действующие тарифы на данный вид, форму и условие оказания медицинской помощи применению не подлежат.

Размер подушевого норматива финансирования территориальной программы за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование территориальной программы ОМС в 2024 году составляет 24758,26 рубля.

3.1. Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинских организаций

- Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях на одно застрахованное лицо – 9 848,72, рубля в год.

- Размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, исключаящий выплаты медицинских организаций за достижение показателей результативности деятельности – 2 768,42 рублей в год, 230,70 рублей в месяц.

Размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи при оплате:

- посещение с иными целями – 543,82 руб.;
- посещение в неотложной форме – 1178,83 руб.;
- обращение в связи с заболеваниями – 2637,19 руб.;
- посещение в рамках проведения профилактических медицинских осмотров – 3100,44 руб.;
- посещения в рамках проведения диспансеризации, в том числе углубленной, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний – 3785,52 руб.;
- компьютерная томография – 4046,40 руб.;
- магнитно-резонансная томография – 5525,20 руб.;
- ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы – 817,11 руб.;
- эндоскопическое диагностическое исследование – 1498,32 руб.;
- молекулярно-генетическое исследование – 12582,50 руб.;
- патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала – 3103,07 руб.;
- тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 600,66 руб.;
- диспансерное наблюдение – 3086,18 руб.;
- комплексное посещение при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» - 29920,56 руб.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива в части медицинской помощи в амбулаторных условиях

моложе трудоспособного возраста						трудоспособный возраст		старше трудоспособного возраста	
до года		1-4 года		5-17 лет		18-64 года	18-64 года	65 лет и старше	65 лет и старше
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
4,1069	3,9005	3,3904	3,2664	1,8488	1,8006	0,4540	0,6639	1,6000	1,6000

– Коэффициент специфики 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 медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансировани (Приложение № 22);

– Значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях – 1;

- Значение коэффициента уровня для структурных подразделений медицинских организаций равен 1;

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц (Приложение № 2);

– Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц и оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, за достижение показателей результативности деятельности, Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций (Приложение № 3);

– Тарифы за единицу объема (посещение, обращение) по специальностям амбулаторного приема, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу для осуществления межучрежденческих расчетов (Приложение № 5/1);

– Тарифы за единицу объема (медицинские услуги) для осуществления межучрежденческих расчетов (Приложение № 5/2);

– Тарифы за единицу объема (медицинские услуги, входящие в минимальный перечень лабораторных и инструментальных исследований, обязательных для выполнения поликлиниками-прикрепления при направлении на консультацию в соответствии с маршрутизацией пациентов) для осуществления межучрежденческих расчетов (Приложение № 5/3);

– Тарифы за единицу объема (бактериологические исследования) для осуществления межучрежденческих расчетов (Приложение № 5/4);

– Тарифы на оплату за отдельные диагностические (лабораторные) исследования (Приложение № 7);

- Перечень фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов и размер их финансового обеспечения (Приложение № 8);
- Тарифы на оплату единицы объема (посещения, обращения) по специальностям амбулаторного приема, финансовое обеспечение которых не осуществляется по подушевому нормативу (Приложение № 9/1);
- Перечень медицинских услуг, входящих в посещение, обращение по профилю «Стоматология» для оказания помощи в стоматологических поликлиниках (стоматологических отделениях, кабинетах медицинских организаций) (Приложение 9/2);
- Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (стоматологическая УЕТа) (Приложение № 9/3);
- 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 № 9/4).
- Тарифы на оплату единицы объема (отдельные медицинские услуги) (Приложение № 9/5);
- Тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в центрах здоровья медицинских организаций всех уровней для осуществления межучрежденческих расчетов (Приложение № 9/6);
- Тарифы на оплату посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях (Приложение № 9/7);
- Тарифы для оплаты диспансеризации определенных групп взрослого населения - I этап диспансеризации (Приложение № 9/8);
- Тарифы для оплаты диспансеризации определенных групп взрослого населения - II этап диспансеризации (Приложение № 9/9);
- Тарифы для оплаты диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной

жизненной ситуации, и детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (Приложение № 9/10);

– Тарифы для оплаты профилактических медицинских осмотров взрослого населения (Приложения № 9/11);

– Тарифы для оплаты профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (Приложение № 9/12);

– Коэффициенты дифференциации, используемые в расчетах тарифов на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС (Приложение № 10);

– Тарифы на медицинские услуги, включенные в углубленную диспансеризацию (Приложение № 19);

– Тарифы на оплату единицы объема (отдельные медицинские услуги) (Приложение № 20);

– Тарифы на отдельные медицинские услуги для возмещения расходов медицинским организациям системы ОМС, связанных с оказанием медицинской помощи определенным категориям граждан согласно Постановлениям Правительства РФ № 1093 от 26.09.1994, № 911 от 31.12.2004, № 1563 от 15.12.2018 (Приложение № 23);

– Тарифы на оплату единицы объема (комплексного посещения) при проведении диспансерного наблюдения взрослого населения (Приложение № 24).

– Тариф на обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" (Приложение № 25);

- Тариф на оплату единицы объема медицинской помощи (в рамках школ сахарного диабета) (Приложение № 26);

- Тарифы для оплаты диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин (Приложение № 27).

Размер подушевого норматива финансирования территориальной программы за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование территориальной программы ОМС в 2024 году составляет 24758,26 рубля.

3.2. Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара медицинских организаций системы ОМС

– Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), в стационарных условиях с коэффициентом дифференциации составляет – 38 757,37 рублей, без коэффициента дифференциации – 28 003,88 рублей.

– Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) в условиях дневного стационара с коэффициентом дифференциации составляет 22 179,90 рублей, без коэффициента дифференциации – 16 025,94 рубля;

– Перечень сочетанных хирургических вмешательств (Приложение № 4);

– Перечень однотипных операций на парных органах (Приложение № 6);

– Коэффициенты дифференциации, используемые в расчетах тарифов на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС (Приложение № 10);

– Перечень клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний (в том числе КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно), коэффициенты относительной затратно-емкости, коэффициенты специфики в условиях круглосуточного стационара (Приложение № 11);

– Перечень клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний (в том числе КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно), коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициенты специфики в условиях дневного стационара (Приложение №14);

- Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях устанавливаются в размере:

Уровень (подуровень) медицинской организации в соответствии с Приложением № 1 к Тарифному соглашению	Коэффициент уровня (подуровня)
Первый (среднее значение)	0,86
1.1	0,80
1.2	0,85
1.3	1
Второй (среднее значение)	0,98
2.1	0,90
2.2	1
2.3	1,2
Третий (среднее значение)	1,17
3.1	1,10
3.2	1,25

– Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара устанавливаются в размере:

Уровень (подуровень) медицинской организации в соответствии с Приложением № 1 к Тарифному соглашению	Коэффициент уровня (подуровня)
Первый (среднее значение)	0,80
1.1	0,8
1.2	0,81
Второй (среднее значение)	0,98
2.1	0,9
2.2	1
2.3	1,2
Третий (среднее значение)	1,25

– Тарифы КСГ на оплату услуг диализа (Приложение № 12);

– Тарифы на оплату медицинской помощи на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной

медицинской помощи (содержащего, в том числе методы лечения), финансирование которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования (Приложение №13);

– Перечень клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний (в том числе КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно), коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициенты специфики в условиях дневного стационара (Приложение №14);

– Перечень случаев, для которых установлен КСЛП и критерии применения КСЛП (Приложение № 21).

3.3. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации

- Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации на одно застрахованное лицо – 1 467,89 рублей в год.

Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи – 1 034,22 рублей в год, (86,19 рублей в месяц).

- Размер базового норматива финансовых затрат на оплату медицинской помощи при оплате за вызов скорой медицинской помощи – 5 061,70 руб.;

- Значение коэффициентов половозрастного состава, уровня расходов медицинских организаций, достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации при оплате скорой медицинской помощи (Приложение № 15).

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи

моложе трудоспособного возраста	трудоспособный возраст	старше трудоспособного возраста
---------------------------------	------------------------	---------------------------------

до года		1-4 года		5-17 лет		18-59 лет	18-54 лет	60 лет и старше	55 лет и старше
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
2,8976	2,6053	1,7279	1,5481	0,5750	0,5830	0,6002	0,7197	1,6830	1,8536

- Коэффициенты дифференциации, используемые в расчетах тарифов на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС (Приложение № 10);

– Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на одно застрахованное лицо (Приложение №15);

– Тарифы на медицинские услуги, оказываемые станцией (подстанцией) скорой медицинской помощи, в том числе для межтерриториальных расчетов (Приложение № 16).

3.4. Тарифы для оплаты медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, стационарных условиях и в условиях дневного стационара (за исключением скорой медицинской помощи)

- Размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансирование которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе показателей объема медицинской помощи в месяц составляет 856,22 рубля (в части амбулаторной помощи – 310,60 рублей, в части стационарной помощи – 477,03 рубля, в части медицинской помощи в условиях дневного стационара 68,59 рублей) на одно прикрепившееся лицо;

- Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц и оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных

условиях, за достижение показателей результативности деятельности, Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций (Приложение № 3);

– Тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований, для которых установлены отдельные нормативы ТП ОМС, в том числе средние тарифы (Приложение № 7);

– Перечень фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов и размер их финансового обеспечения (Приложение № 8);

- Коэффициенты дифференциации, используемые в расчетах тарифов на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС (Приложение № 10);

- Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь по всем видам и условиям, с учетом показателей результативности (за исключением скорой медицинской помощи) (Приложение № 18);

- Тариф на оплату единицы объема медицинской помощи (в рамках школ сахарного диабета) (Приложение № 26).

Значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь по всем видам и условиям, устанавливается в размере – 1.

4. 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

Выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи дефекты медицинской

помощи и (или) нарушения при оказании медицинской помощи являются основанием для отказа в оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

В соответствии с пунктом 154 Правил ОМС размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением N 5 к Правилам ОМС):

(в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

$$H = PT \times K_{\text{но}}, \text{ где:}$$

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 (в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н);

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

Значения коэффициента для определения размера неполной оплаты медицинской помощи приведены в приложении N 5 к Правилам ОМС.

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:

$$H = (PT_1 - PT_2) + PT_2 \times K_{\text{но}}, \text{ где:}$$

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

PT_1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

PT_2 - 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);

$K_{но}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с Приложением N 5 Правилам ОМС.

Если стоимость случая, подлежащего неоплате (неполной оплате) не является тарифом, утвержденным тарифным соглашением, или получена расчетным путем, в том числе с использованием доли оплаты прерванных случаев, то параметр PT следует понимать как сумму, выставленную к оплате по законченному случаю лечения.

Согласно пункту 155 Правил ОМС размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($C_{шт}$), рассчитывается по формуле:

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

$C_{шт}$ – размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

RP - установленный тарифным соглашением субъекта Российской Федерации 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 объемов, сроков, качества и условий предоставления

медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный территориальной программой на год (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением N 5 к Правилам ОМС, для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи);

$K_{шт}$ – коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Значения коэффициентов для определения размера неполной оплаты медицинской помощи приведены в приложении N 5 к Правилам ОМС.

Коэффициент дифференциации не является единым на территории Приморского края, поэтому при расчете РП применяется коэффициент дифференциации, рассчитанный для территории, на которой находится медицинская организация (структурное подразделение медицинской организации), в отношении которой (которого) применяются штрафные санкции (далее – соответствующая медицинская организация). В таком случае параметр РП рассчитывается путем деления подушевого норматива, установленного территориальной программой на единый коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462, и умножения на коэффициент дифференциации, используемый при оплате медицинской помощи в соответствующей медицинской организации в соответствующих условиях). Коэффициенты дифференциации для

медицинских организаций Приморского края представлены в Приложении № .

Размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи соответствуют показателям подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС, установленным территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Приморского края:

1. Медицинская помощь, предоставляемая в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам	Единица измерения	Размер подушевого норматива (руб.)
1) скорая медицинская помощь	вызов	1467,89
2) первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях	посещение в рамках проведения профилактических медицинских осмотров	965,52
	посещение в рамках проведения диспансеризации	1471,02
	посещение с иными целями	1139,06
	посещение по неотложной помощи	625,02
	обращение в связи с заболеваниями	4628,95
	комплексное посещение по поводу диспансерного наблюдения	807,76
3) первичная медико-	случай лечения	2605,32

санитарная помощь, специализированная медицинская помощь в условиях дневного стационара		
4) специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара	случай госпитализации	10181,73

Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества определены Приложением 5 к Правилам ОМС.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества установлен Приложением № 17.

5. Заключительные положения

Приложения являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

- Приложение № 1 - Перечень медицинских организаций в разрезе условий оказания медицинской помощи;
- Приложение № 2 - Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц;
- Приложение № 3 - Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц и оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, за достижение показателей

результативности деятельности, Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций;

– Приложение № 4 – Перечень сочетанных хирургических вмешательств;

– Приложение № 5/1 - Тарифы за единицу объема (посещение, обращение) по специальностям амбулаторного приема, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу для осуществления межучрежденческих расчетов;

– Приложение № 5/2 - Тарифы за единицу объема (медицинские услуги) для осуществления межучрежденческих расчетов;

– Приложение № 5/3 -Тарифы за единицу объема (медицинские услуги, входящие в минимальный перечень лабораторных и инструментальных исследований, обязательных для выполнения поликлиниками-прикрепления при направлении на консультацию в соответствии с маршрутизацией пациентов) для осуществления межучрежденческих расчетов;

– Приложение № 5/4 -Тарифы за единицу объема (бактериологические исследования)* для осуществления межучрежденческих расчетов;

– Приложение № 6 – Перечень однотипных операций на парных органах;

– Приложение № 7 – Тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований, для которых установлены отдельные нормативы ТП ОМС, в том числе средние тарифы;

– Приложение № 8 – Перечень фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов и размер их финансового обеспечения;

– Приложение № 9/1 - Тарифы на оплату единицы объема (посещения, обращения) по специальностям амбулаторного приема, финансовое обеспечение которых не осуществляется по подушевому нормативу;

– Приложение № 9/2 - Перечень медицинских услуг, входящих в посещение, обращение по профилю «Стоматология» для оказания помощи в

стоматологических поликлиниках (стоматологических отделениях, кабинетах медицинских организаций);

– Приложение № 9/3 - Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (стоматологическая УЕТа);

– Приложение № 9/4 - Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях;

– Приложение № 9/5 - Тарифы на оплату единицы объема (отдельные медицинские услуги);

– Приложение № 9/6 - Тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в центрах здоровья медицинских организаций всех уровней для осуществления межучрежденческих расчетов;

– Приложение № 9/7 - Тарифы на оплату посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях по специальностям амбулаторного приема, финансирование которых осуществляется по подушевому нормативу (для осуществления межучрежденческих расчетов при оказании медицинской помощи);

– Приложение № 9/8 - Тарифы для оплаты диспансеризации определенных групп взрослого населения - 1 этап диспансеризации;

– Приложение № 9/9 - Тарифы для оплаты диспансеризации определенных групп взрослого населения - 2 этап диспансеризации;

– Приложение № 9/10 - Тарифы для оплаты диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

– Приложение № 9/11 - Тарифы для оплаты профилактических медицинских осмотров взрослого населения;

– Приложение № 9/12 - Тарифы для оплаты профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних;

- Приложение № 10- Коэффициенты дифференциации, используемые в расчетах тарифов на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС;
- Приложение № 11 – Перечень клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний (в том числе КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно), коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициенты специфики в условиях круглосуточного стационара;
- Приложение № 12 - Тарифы КСГ на оплату услуг диализа;
- Приложение № 13 - Тарифы на оплату медицинской помощи на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), финансирование которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования;
- Приложение № 14 - Перечень клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний (в том числе КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно), коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициенты специфики в условиях дневного стационара;
- Приложение № 15 - Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на одно застрахованное лицо;
- Приложение № 16 - Тарифы на медицинские услуги, оказываемые станцией (подстанцией) скорой медицинской помощи, в том числе для межтерриториальных расчетов;
- Приложение № 17 - Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи);
- Приложение № 18 - Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям, с учетом показателей результативности (за исключением скорой медицинской помощи);

– Приложение № 19 – Тарифы на медицинские услуги, включенные в углубленную диспансеризацию;

- Приложение № 20 - Тарифы на оплату единицы объема (отдельные медицинские услуги);

- Приложение № 21 - Перечень случаев, для которых установлен КСЛП и критерии применения КСЛП;

- Приложение № 22 – Коэффициент дифференциации на прикрепившихся (*обслуживаемых*) 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;

- Приложение № 23 - Тарифы на отдельные медицинские услуги для возмещения расходов медицинским организациям системы ОМС, связанных с оказанием медицинской помощи определенным категориям граждан согласно Постановлениям Правительства РФ № 1093 от 26.09.1994, № 911 от 31.12.2004, № 1563 от 15.12.2018;

- Приложение № 24 - Тарифы на оплату единицы объема при проведении диспансерного наблюдения взрослого населения и детей проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах);

- Приложение № 25 – Тариф на оплату единицы объема медицинской помощи («Медицинская реабилитация»);

- Приложение № 26 - Тариф на оплату единицы объема медицинской помощи (в рамках школ сахарного диабета);

- Приложение № 27 - Тарифы для оплаты диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин.

В настоящее Тарифное соглашение могут быть внесены изменения и дополнения:

1) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Приморского края, в части включения (исключения) медицинских организаций;

2) при внесении изменения в распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями;

3) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

4) при внесении изменений в Требования к структуре и содержанию Тарифного соглашения;

5) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

6) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, Правительством Приморского края решений, приводящих к необходимости внесения изменений в Тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

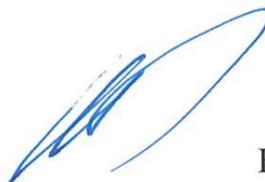
Пересмотр (индексация) тарифов для оплаты медицинской помощи производится при получении дополнительных источников финансирования и внесении соответствующих изменений в Территориальную программу ОМС.

Все изменения и дополнения, вносимые в данное Тарифное соглашение, оформляются в виде Дополнительных соглашений и являются его неотъемлемой частью с момента их подписания сторонами.

Для медицинских организаций, вновь включенных в Перечень МО, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Приморского края в 2024 году, в файлах со сведениями об оказанной медицинской помощи, дата начала лечения должна быть не ранее 01.01.2024.

Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания, распространяется на правоотношения, возникшие с 01 января 2024 года и действует по 31 декабря 2024 года.

Председатель комиссии



Е.Ю. Шестопалов

Секретарь комиссии



К.В. Скорупский

Директор ООО Страховая
медицинская организация
«Восточно-страховой альянс»



Б.П. Тихонов

Председатель Приморской краевой
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ



И.И. Лизенко

Президент некоммерческого
партнерства «Союз медицинских
организаций и врачей Приморского
края»



А.Г. Мухотина