

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
**на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому**  
**страхованию на территории Республики Алтай**  
**на 2024 год**

г. Горно-Алтайск

«30» января 2024 года

Мы, нижеподписавшиеся, Министерство здравоохранения Республики Алтай, в лице министра Елыкомова Валерия Анатольевича, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Алтай (далее - Территориальный фонд), в лице директора Корчугановой Ольги Алексеевны, Региональная общественная организация «Ассоциация врачей Республики Алтай», в лице Убайчина Виктора Васильевича, Алтайская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя Григоренко Елены Николаевны, страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Алтай (далее - СМО), в лице директора Административного структурного подразделения ООО «Капитал Медицинское страхование» - Филиал в Республике Алтай Нешпора Вячеслава Анатольевича, включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, и именуемые в дальнейшем Стороны, в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н, постановлением Правительства Республики Алтай от 29.12.2023 № 535 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов и признании утратившими силу некоторых постановлений Правительства Республики Алтай» и с целью реализации государственной политики в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем.

**I. Общие положения**

1. Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Алтай

на 2024 год (далее - Тарифное соглашение) разработано в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 326-ФЗ), Федеральным законом от 21.11.2011 № 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 28.02.2019 № 108н (далее - Правила ОМС), приказом Минздрава России от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Правительства Республики Алтай от 29.12.2023 № 535, Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее - Методические рекомендации).

1. В рамках настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия и термины:

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

Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

Медицинская организация (далее - МО) - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

Способ оплаты медицинской помощи - установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС способ финансирования медицинской помощи, оказанной МО в тех или иных условиях, установленных Федеральным законом № 323-ФЗ;

Посещение - медицинская услуга, включающая в себя врачебный осмотр, врачебные и сестринские манипуляции, услуги процедурного, перевязочного кабинетов, параклинических отделений (кабинетов);

Посещение с профилактической целью - оказание медицинской помощи лицам без признаков острого заболевания или обострения хронического заболевания врачом или медицинским работником со средним медицинским образованием, ведущим самостоятельный прием, с целью проведения мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение

возникновения, прогрессирования, распространения заболеваний, их раннее выявление, установление причин и условий их возникновения и развития;

Посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме - оказание медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента в МО, в структуре которых созданы отделения (кабинеты) неотложной медицинской помощи, с учетом установленных плановых объемов медицинской помощи для этих МО;

Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания у лечащего врача с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания, когда цель обращения достигнута;

Случай госпитализации в круглосуточный стационар (случай лечения в дневном стационаре) - случай диагностики и лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

Клинико-статистическая группа заболеваний (далее также - КСГ, группа заболеваний, состояний) - группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов). Перечень групп заболеваний, состояний для оплаты специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, включающий также коэффициенты относительной затратноемкости (далее - Перечень), установлен Приложением № 4 к Программе и не может быть изменен, за исключением случаев выделения подгрупп в составе КСГ. Указанные перечни в электронном виде размещены на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования в сети «Интернет» в разделе «Документы»;

Оплата медицинской помощи по КСГ - оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратноемкости и поправочных коэффициентов;

Базовая ставка - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов (далее - Территориальная программа государственных гарантий);

Коэффициент относительной затратноемкости - устанавливаемый Программой коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

Коэффициент дифференциации - устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для субъекта Российской Федерации и/или отдельных территорий субъекта Российской Федерации (используемый в расчетах в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации);

Поправочные коэффициенты - устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов;

Коэффициент специфики - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ;

Коэффициент уровня медицинской организации - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

Коэффициент подуровня медицинской организации - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленных объективными причинами;

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

Подгруппа в составе КСГ - группа заболеваний, выделенная в составе КСГ с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратноности, отличный от коэффициента относительной затратноности по КСГ, с учетом правил выделения и применения подгрупп, установленных Методическими рекомендациями;

2. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения всеми МО, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, в соответствии с частью 1 статьи 37 Федерального закона № 323-ФЗ.

3. При оказании в рамках территориальной программы ОМС первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения и медицинскими изделиями, включенными в утвержденные Правительством Российской Федерации

перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи.

4. Назначение и применение лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускается в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

5. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных МО счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, объемов их финансового обеспечения, распределенных решением Комиссии по разработке территориальной программы (далее - Комиссия), по тарифам на оплату медицинской помощи, установленных настоящим соглашением и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи, установленным Правилами ОМС.

6. Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Алтай, оказывающих медицинскую помощь в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности в другом субъекте Российской Федерации, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, действующие в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи. Данное правило применяется при лечении граждан, застрахованных как на территории Республики Алтай, так и за ее пределами.

7. При планировании единицами объема медицинской помощи являются:

8.1. в амбулаторных условиях;

8.1.1. посещения с профилактическими и иными целями, включающие:

а) посещения с профилактической целью, в том числе:

комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров; комплексные посещения для проведения диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин; комплексные посещения для проведения медицинской реабилитации;

б) посещения с иными целями, в том числе:

разовые посещения в связи с заболеваниями;

посещения центров здоровья;

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

посещения центров амбулаторной онкологической помощи;

посещения в связи выдачей справок и иных медицинских документов,

другими причинами;

в) комплексных посещений для проведения диспансерного наблюдения, граждан, страдающих отдельными видами хронических инфекционных и неинфекционных и заболеваний, или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний.

8.1.2. посещения в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме, в том числе посещения на дому;

8.1.3. обращение в связи с заболеванием - законченный случай лечения заболевания с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар;

8.2. в условиях дневных стационаров - случай лечения;

8.3. в стационарных условиях (включая медицинскую реабилитацию в специализированных медицинских организациях и реабилитационных отделениях медицинских организаций в стационарных условиях и высокотехнологичную медицинскую помощь) - случай госпитализации;

8.4. вне медицинской организации - скорая медицинская помощь - вызов.

9. Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденной приказом МЗ РФ от 15.12.2014 № 834н.

МО ведут отдельный учет всех посещений в зависимости от цели.

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 государственных гарантий, 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.

9.1. Оказание медицинской помощи в плановой форме в условиях дневного и круглосуточного стационара, в том числе за пределами территории субъекта, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляется по направлению 057/у-04 «Направление на госпитализацию,

восстановительное лечение, обследование, консультацию», выданному лечащим врачом медицинской организации, выбранной пациентом для оказания первичной медико-санитарной помощи в порядке, предусмотренном приказами Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи», Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 апреля 2012 г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». Перечень медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения, которые не вправе выдавать соответствующие направления, приведен в Приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

## **II. Способы оплаты медицинской помощи**

10. При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации:

10.1. При оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

1) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности

деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

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

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

медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических 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);

3) по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации (используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими/фельдшерско-акушерскими пунктами с учетом критерия соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н).

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

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том



числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

за прерванный случай госпитализации в случаях;

прерывания лечения по медицинским показаниям;

перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар;

оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

перевода пациента в другую медицинскую организацию;

преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;

смерти пациента;

выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 5 к Программе, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

10.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

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

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях:

прерывания лечения по медицинским показаниям;

перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар;

оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

перевода пациента в другую медицинскую организацию;  
преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;  
смерти пациента;

выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением № 5 к Программе, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

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

по подушевому нормативу финансирования;

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

10.5. 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, применяются 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 патолого-анатомических 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 (или) обучающихся в образовательных организациях, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов.

10.6. Перечень медицинских организаций Республики Алтай, участвующих в реализации территориальной программы ОМС. Коэффициенты уровня (подуровня) медицинских организаций и способы оплаты медицинской помощи, используемые при оплате медицинской помощи, оказываемой каждой медицинской организацией, в разрезе условий оказания медицинской помощи, перечень МО, оказывающих ВМП приведены в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

11. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

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

1. Размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;
2. Коэффициент относительной затратноности;
3. Коэффициент дифференциации;
4. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи;
5. Коэффициент уровня медицинской организации;
6. Коэффициент сложности лечения пациента.

11.2. Стоимость одного случая госпитализации в стационаре ( $СС_{КСГ}$ ) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по следующей формуле:

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

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

где:

БС	базовая ставка, рублей;
$КЗ_{КСГ}$	коэффициент относительной затратноности КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
$КС_{КСГ}$	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);
$КУС_{МО}$	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской

Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 "О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования" (далее - Постановление N 462).

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

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости - сумма применяемых КСЛП).

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

$$SS_{КСГ} = BC \times KZ_{КСГ} \times ((1 - Dzп) + Dzп \times KC_{КСГ} \times KUC_{MO} \times KД) + BC \times KД <*> \times KСЛП, \text{ где:}$$

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

BC размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;

KZ<sub>КСГ</sub> коэффициент относительной затратноемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

Dзп доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением № 4 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС);

KC<sub>КСГ</sub> коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);

- КУС<sub>мо</sub> коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
- КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением N 462;
- КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

11.4. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно и Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию установлен приложениями 3 и 10 настоящего Тарифного соглашения.

11.5. 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 установлена средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, в случае их включения в территориальную программу обязательного медицинского страхования сверх базовой программы;

социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их включения в территориальную программу обязательного медицинского страхования сверх базовой программы;

услуг диализа, включающих различные методы.

11.6. Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационных критериев):

а. Диагноз (код по МКБ 10);

б. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. № 804н (далее - Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

с. Схема лекарственной терапии;

- d. Международное непатентованное наименование (далее - МНН) лекарственного препарата;
- e. Возрастная категория пациента;
- f. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (далее - МКБ-10));
- g. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);
- h. Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);
- i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- j. Пол;
- k. Длительность лечения;
- l. Этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивание пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;
- m. Показания к применению лекарственного препарата;
- n. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;
- o. Степень тяжести заболевания;
- r. Сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетание оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации с назначением ботулинического токсина).

11.7. Расшифровка групп в соответствии с МКБ-10 и Номенклатурой, а также Инструкция по группировке случаев, включающая, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования в соответствии с Методическими рекомендациями утверждаются приложением 3.1 (не приводится) к настоящему Тарифному соглашению (в электронном виде размещено на официальном сайте ТФОМС РА) по дневному стационару, приложением 10.1 (не приводится) к настоящему Тарифному соглашению (в электронном виде размещено на официальном сайте ТФОМС РА) по круглосуточному стационару.

11.8. Отнесение случая лечения к конкретной КСГ на основании всех возможных комбинаций классификационных критериев регламентируется таблицей «Группировщик» и таблицей «Группировщик детальный» в соответствии с Методическими рекомендациями, приложением 3.1 к настоящему Тарифному соглашению (в электронном виде) по дневному стационару, приложением 10.1 к настоящему Тарифному соглашению (в

электронном виде) по круглосуточному стационару.

«Схемы лекарственной терапии» - справочник схем лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы, справочник схем лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите С с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы, справочник схем лекарственной терапии с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы, список КСГ для круглосуточного стационара (КС), в том числе с выделением подгрупп в структуре КСГ, список КСГ для дневного стационара (ДС). Размещено на официальном сайте ТФОМС РА.

11.9. Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ-10, являющийся основным поводом к госпитализации. Например, в случае, когда пациент, страдающий сахарным диабетом, госпитализирован в медицинскую организацию с легочной эмболией, для оплаты медицинской помощи в реестре счетов в поле «Основной диагноз» указывается легочная эмболия, в поле «Дополнительный диагноз» указывается сахарный диабет. Исключением являются случаи, осложненные сепсисом и фебрильной нейтропенией (особенности отнесения указанных случаев лечения к КСГ представлены в Приложении 9 к Методическим рекомендациям).

11.10. В разделе «Особенности формирования отдельных КСГ» приложение 9 Методических рекомендаций подробно описаны алгоритмы формирования отдельных групп, имеющих определенные особенности.

При этом базовый алгоритм отнесения для всех КСГ определяется таблицей «Группировщик».

11.11. Подробно описаны особенности формирования отдельных КСГ: группы, формируемые с учетом возраста (классификационным критерием группировки является возраст), группы, формируемые с учетом пола (классификационным критерием группировки является пол (мужской, женский)), КСГ акушерско-гинекологического профиля, КСГ для оплаты случаев лечения сепсиса, КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован», КСГ для случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 (st12.015 - st12.019), КСГ для оплаты лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите С в дневном стационаре, КСГ для оплаты случаев оказания медицинской помощи при эпилепсии, КСГ для случаев лечения неврологических заболеваний с применением ботулотоксина, КСГ, объединяющих случаи лечения болезней системы кровообращения, КСГ, классифицирующих случаи диагностики и лечения злокачественных новообразований, КСГ по профилю «Офтальмология», КСГ st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)», КСГ по профилю «Комбустиология», КСГ st36.028 - st36.047 и ds36.015 - ds36.034 «Лечение с

применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов» (уровни 1 - 20), КСГ st36.025, st36.026 и ds36.012, ds36.012 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции», Оплата медицинской помощи при отторжении, отмирании трансплантата органов и тканей, реанимационных КСГ, КСГ st36.009, st36.010, st36.011, КСГ st36.013 - st36.015 для случаев проведения антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами, реабилитационных КСГ, КСГ для случаев лечения дерматозов (st06.004 - st06.007 и ds06.002 - ds06.005), случаев лечения соматических заболеваний, осложненных старческой астенией, оплата медицинской помощи с применением методов диализа.

11.12. 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.

11.13. При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2 - 9 пункта 4.3 настоящего раздела Методических рекомендаций, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2 - 4 пункта 4.1 данного раздела.

11.14. Базовые показатели по круглосуточному и дневному стационару, перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, а также перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения установлены 2, 3, 9 и 10 приложением к Тарифному соглашению. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

11.15. 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.



11.16. 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 процентов от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3 дней - 85 процентов от стоимости КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 20 процентов от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3 дней - 50 процентов от стоимости КСГ.

11.17. Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 7 и 9 пункта 4.1 данного раздела Методических рекомендаций, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

11.18. В целях определения размера оплаты прерванного случая при оплате по КСГ необходимо вести учет хирургических вмешательств и проведения тромболитической терапии (для случаев лечения инфаркта миокарда, инсульта и легочной эмболии).

11.19. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше.

11.19.1 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).

11.19.2. 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», 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.

11.19.3. 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 4.1 раздела 4 Методических рекомендаций):

- 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.

11.19.4. 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 4.1 данного раздела рекомендаций.

11.19.5. 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 4.1 данного раздела рекомендаций) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

11.19.6. 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.

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

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

11.20.1 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).

11.20.2. 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 4.1 раздела 4 Методических рекомендаций) в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

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

11.21.1. 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)».

11.21.2. 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 4.1 раздела 4 Методических рекомендаций.

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

1) перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным основаниям прерванности;

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

3) оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных

новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

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

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

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

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

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;

- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

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

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

9) проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

11.23. 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.

11.24. В случае необходимости, по случаям оплаты медицинской помощи по двум КСГ проводится внеплановая тематическая медико-экономическая экспертиза и (или), экспертиза качества медицинской помощи.

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

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

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

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

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

способами оплаты.

11.30. Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ-10, модели пациента, вида и метода лечения аналогичным параметрам, установленным перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение № 1 к Программе), содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Перечень ВМП). Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой. В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню ВМП, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

11.31. Диагностика злокачественных новообразований методами молекулярно-генетических и иммуногистохимических исследований при проведении в условиях дневного стационара оплачивается по отдельной КСГ.

11.32. Отнесение к КСГ ds19.033 осуществляется в соответствии с иными классификационными критериями «mgi» и «ftg», применяемыми для кодирования случаев госпитализации с обязательным выполнением биопсии при подозрении на злокачественное новообразование и проведением диагностических молекулярно-генетических и/или иммуногистохимических исследований или обязательное выполнение трепанобиопсии/или забора крови (другой биологической жидкости) с последующим проведением иммунофенотипирования методом проточной цитофлуориметрии.

11.33. В случае если в условиях дневного стационара пациенту выполнена биопсия, являющаяся классификационным критерием КСГ с коэффициентом затратноемкости, превышающим коэффициент затратноемкости КСГ ds 19.033, оплата такой госпитализации осуществляется по КСГ с наибольшим коэффициентом затратноемкости.

11.34. Медицинская помощь, оказанная детям со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения, включается в реестр счетов с указанием полиса ОМС матери или законного представителя и предъявляется в СМО по страховой принадлежности.

11.35. Госпитализация пациента в стационар, перевод его из одной медицинской организации в другую осуществляется в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по соответствующему профилю, утвержденными в установленном порядке.

11.36. Тарифы на оплату законченного случая лечения заболеваний с применением методов ВМП представлен в приложении 11 к настоящему Тарифному соглашению.

11.37. МО, участвующие в реализации территориальной программы ОМС на территории Республики Алтай, но находящиеся в другом субъекте Российской Федерации и оказывающие в том числе ВМП, формируют счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи в соответствии с тарифами, на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, действующие в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи, и предъявляют в Территориальный фонд по принадлежности застрахованных лиц.

11.38. 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".

11.39. Для КСГ st37.001–st37.013, st37.021–st37.026 в стационарных условиях и для КСГ ds37.001–ds37.008, ds37.015–ds37.016 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ) в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н (зарегистрировано в Минюсте России 25 сентября 2020 г. № 60039).

11.40. При оценке 2 балла по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. При оценке 4–5–6 баллов по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

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

11.42. Стоимость КСГ, предусматривающих медицинскую реабилитацию пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы увеличена с учетом установления плановой длительности случая

реабилитации. Случай реабилитации по КСГ (st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026) длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием значения является прерванным и оплачивается по основаниям прерванности.

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

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

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

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

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

11.48. 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).

11.49. 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.

11.50. Оплата консультативно-диагностических услуг, оказанных пациенту другими МО, работающими в сфере ОМС, во время нахождения его в стационаре (дневном стационаре), производится по гражданско-правовым договорам, заключенным между МО либо в рамках межучрежденческих расчетов.



11.51. Оплата стоматологической медицинской помощи, оказанной стационарным пациентам, осуществляется по тарифу посещения с учетом УЕТ, дополнительно к оплате по КСГ.

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

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

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

11.55. Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет один день, в связи с чем указанные случаи могут быть оказаны как в условиях дневного стационара, так и в амбулаторных условиях.

11.56. Медицинские организации, осуществляющие процедуру ЭКО на территории Республики Алтай, отсутствуют.

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

1. Стимуляция суперовуляции;
2. Получение яйцеклетки;
3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов;
5. Дополнительно в процессе проведения процедуры цикла ЭКО возможно осуществление криоконсервации полученных на III этапе эмбрионов.

11.58. Отнесение к КСГ случаев проведения ЭКО осуществляется на основании иных классификационных критериев «ivf1» - «ivf72, отражающих проведение различных этапов цикла ЭКО (полная расшифровка кодов ДКК представлена в справочнике «ДКК» в пункте 1.1.6 настоящего приложения).

11.59. В случае если базовый цикл ЭКО завершен по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции) («ivf2»), I - II этапов (получение яйцеклетки) («ivf32), I - III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов («ivf4»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.009 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)».

11.60. В случае проведения первых трех этапов цикла ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов («ivf5»), а также проведения в рамках случая госпитализации четырех этапов цикла ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов («ivf62), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение

(уровень 3)».

11.61. В случае проведения в рамках одного случая всех этапов цикла ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов («ivf7»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.011 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)».

11.62. В случае проведения цикла ЭКО с применением криоконсервированных эмбрионов ("ivf1"), случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.008 "Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)".

11.63. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для оказания медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении представляет собой усредненную стоимость случая ЭКО с учетом проведения у части пациентов неполных циклов и проведения в отдельных случаях полного цикла с криоконсервацией эмбрионов и не эквивалентен стоимости КСГ ds02.010 "Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)".

11.64. При расчете стоимости случаев лекарственной терапии учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются) а также учтена сопутствующая терапия для коррекции нежелательных явлений (например, противорвотные препараты, препараты, влияющие на структуру и минерализацию костей и др.) и для лечения и профилактики осложнений основного заболевания.

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

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

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

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

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

11.70. Оптимальная длительность госпитализации в диагностических

целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ составляет 1 день, в связи с чем указанные случаи могут быть оказаны как в условиях дневного стационара, так и в амбулаторных условиях.

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

11.72. Особенности оплаты случаев лечения пациентов в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях. Пациентам в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18 лет, первичная специализированная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь может быть оказана в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям по профилю «детская онкология», в случаях и при соблюдении условий, которые установлены порядком оказания медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

11.72. Оплата указанных случаев осуществляется в соответствии со следующими правилами:

1) В случае если пациенту оказывается медицинская помощь в соответствии с классификационными критериями, присутствующими в Группировщике, (в том числе схема лекарственной терапии, хирургическое вмешательство, возрастная группа пациента) оплата осуществляется по КСГ, выбранной по общим правилам отнесения случаев к КСГ;

2) В случае если пациенту проводится лекарственная терапия, которую невозможно отнести к определенной схеме лекарственной терапии, оплата осуществляется по КСГ по профилю "детская онкология", выбранной в зависимости от диагноза пациента.

11.73. Тарифы на оплату медицинской помощи по круглосуточному и дневному стационару с долей заработной платы и прочих расходов установлены приложениями 3 и 10 настоящего Тарифного соглашения.

11.74. Проведение сочетанных хирургических вмешательств и однотипных операций на парных органах.

Перечень сочетанных (симультанных) хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации и Перечень хирургических вмешательств, при проведении которых одновременно на двух парных органах может быть применен КСЛП определен приложениями 4-9 настоящего Тарифного соглашения.

12. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

12.1. Доабортное консультирование беременных женщин, включая консультацию психолога, в целях профилактики прерывания беременности, осуществляемое в соответствии с порядками оказания медицинской помощи

женщинам от 20.10.2020 № 1130н, оплачивается за счет средств ОМС как профилактическое посещение к акушеру-гинекологу.

12.2. Медико-психологическое консультирование медицинскими психологами женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования.

12.3. В соответствии с Требованиями в Тарифном соглашении устанавливаются:

- базовый (средний) подушевой норматив финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования;

- перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования приведен в приложении 12.1 Тарифного соглашения;

- перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования приведен в приложении 12.2 Тарифного соглашения.

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

$$ПН_{\text{БАЗ}} = \left( \frac{ОС_{\text{ПНФ}}}{Ч_3 \times СКД_{\text{от}} \times КД} \right),$$

где:

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

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

$СКД_{\text{от}}$  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;

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

Параметр  $СКД_{\text{от}}$  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;

12.5. В базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются 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) в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации.

12.6. 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.

12.7. С учетом объективных, экономически обоснованных критериев и расчетов, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов, коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования могут определяться дифференцированно, в том числе в зависимости от уровня (подуровня) медицинской организации с установлением коэффициентов по каждому подуровню. В соответствии с 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 –  $КД_{от}$ );

- 2) коэффициенты половозрастного состава (далее –  $K_{пв}$ );
- 3) коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (далее –  $K_{ур}$ ) (при необходимости);
- 4) коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации (далее –  $K_{зп}$ ) (при необходимости);
- 5) коэффициенты дифференциации-значение коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи устанавливается для каждой медицинской организации.

12.8. При расчете  $K_{ур}$  учитывает плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения, а также расходы, связанные с содержанием медицинской организации, в том числе в зависимости от размера и площади медицинской организации.

12.9. В целях сохранения сбалансированности территориальных программ обязательного медицинского страхования значения  $K_{пв}$ ,  $K_{ур}$  и  $K_{зп}$  для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, рассчитываются с учетом недопущения влияния применения указанных коэффициентов на общий объем средств, распределяемый между медицинскими организациями по подушевому нормативу финансирования (среднее взвешенное значение каждого из указанных коэффициентов с учетом численности прикрепленного к соответствующим медицинским организациям населения составляет 1).

12.10. В целях недопущения необоснованного снижения объема подушевого финансирования медицинских организаций при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования  $K_{ур}$  и  $K_{зп}$  устанавливается в размере 1.

12.11. С целью учета различий в потреблении медицинской помощи при расчете значений коэффициента, дифференцированного подушевого норматива финансирования специфики оказания медицинской помощи учитываются половозрастные 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, и устанавливаются в тарифном соглашении.

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

- 1) до года мужчины/женщины;
- 2) год – четыре года мужчины/женщины;
- 3) пять – семнадцать лет мужчины/женщины;
- 4) восемнадцать – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;

5) шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

12.13. При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере не менее 1,6.

12.14. В случае, если медицинская организация имеет структуру прикрепленного к ней населения равную структуре населения в целом по республике, она имеет значение половозрастного коэффициента дифференциации равное 1.

12.15. К подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц такой медицинской организации, с учетом расходов на ее содержание и оплату труда персонала, исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых территорий применяются следующие коэффициенты дифференциации 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.

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

$$ДП_H^i = ПН_{БАЗ} \times КД_{пв}^i \times КД_{ур}^i \times КД_{зп}^i \times КД_{от}^i \times КД^i,$$

где:

$ДП_H^i$	дифференцированный подушевой норматив для $i$ -той медицинской организации, рублей;
$КД_{пв}^i$	коэффициент половозрастного состава, для $i$ -той медицинской организации;
$КД_{ур}^i$	коэффициент уровня расходов медицинских организаций, для $i$ -той медицинской организации (при необходимости);
$КД_{зп}^i$	коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для $i$ -той медицинской организации (при необходимости);
$КД_{от}^i$	коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности,

отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, для i-той медицинской организации;

КД<sup>i</sup> коэффициент дифференциации для i-той медицинской организации.

12.17. В приложениях 12,16,17,18 Тарифного соглашения указываются значения всех коэффициентов, используемых при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования, значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования, а также численность прикрепленных лиц в разрезе медицинских организаций с указанием даты (периода) по состоянию на который представлена численность (среднемесячная численность прикрепленных к медицинской организации лиц за декабрь 2023 года).

13.1. Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов с указанием диапазона численности обслуживаемого населения, годового размера финансового обеспечения, а также информации о соответствии/несоответствии требованиям, установленным положением об организации оказания медико-санитарной помощи взрослому населению утвержден приложением 15 к настоящему Тарифному соглашению.

13.2. Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрировано в Минюсте России 27 июня 2012 г. № 24726) (далее – Приказ № 543н) составляет в среднем на 2024 год:

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 101 до 900 жителей, – 1 230,5 тыс. рублей;

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 901 до 1500 жителей, – 2 460,9 тыс. рублей;

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей, – 2 907,1 тыс. рублей.

13.3. Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации устанавливаются путем применения коэффициентов дифференциации, рассчитанных в соответствии с Постановлением № 462, к размерам финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов.

13.4. При этом размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов обеспечивает сохранение достигнутого соотношения между уровнем оплаты труда отдельных категорий медицинских работников, определенных Указом № 597, и уровнем среднемесячного дохода от трудовой деятельности в соответствующем



субъекте Российской Федерации.

13.5. Кроме указанных типов фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливаются базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов иных типов (обслуживающих менее 100 и более 2000 жителей, а также указанных пунктов, не соответствующих требованиям, установленным Приказом № 543н) исходя из установленных Разделом VI Программы нормативов, с применением понижающих и повышающих поправочных коэффициентов к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей и от 1500 до 2000 жителей соответственно.

13.6. В случае если фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты соответствуют требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, к размеру финансового обеспечения применяется поправочный коэффициент равный 1 (приложение 15 к Тарифному соглашению).

13.7. В случае если фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты не соответствуют требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, к размеру финансового обеспечения применяется коэффициент уровня 0,5 (приложение 15 к Тарифному соглашению).

13.8. Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в  $i$ -й медицинской организации, рассчитывается следующим образом:

$$OC_{ФАП}^i = \sum_n (Ч_{ФАП}^n \times БНФ_{ФАП}^n \times КС_{БНФ}^n),$$

где:

$OC_{ФАП}^n$  - объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в  $i$ -й медицинской организации;

$Ч_{ФАП}^n$  - число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов  $n$ -типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);

$БНФ_{ФАП}^n$  базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций - фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов  $n$ -го типа;

$КС_{БНФ}^n$  - 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 (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения определен Разделом VI Программы, устанавливается значение коэффициента равное 1).

13.9. В случае если у фельдшерских, 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, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

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

где:

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

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

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

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

13.10. Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов осуществляется СМО ежемесячно исходя из численности застрахованных граждан, обслуживаемых данными подразделениями по состоянию на 01.01.2024, из расчета 1/12 от размера финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов на год.

13.11. В случае обслуживания фельдшерскими здравпунктами, фельдшерско-акушерскими пунктами женщин репродуктивного возраста (женщин в возрасте от 18 до 49 лет включительно), но при отсутствии в пунктах акушерок, отдельные полномочия по работе с такими женщинами могут быть возложены на фельдшера (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем). Таким образом при расчете размера финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, в том числе пунктов, рекомендуемые штатные нормативы которых не предусматривают должность «Акушерка» (например,

для фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих от 101 до 900 жителей), размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли таких женщин в численности прикрепленного населения.

13.12. Прогнозная длительность одной консультации, связанной с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем, составляет 10 минут. Предполагаемое количество консультаций в год на одну женщину репродуктивного возраста составляет 1-2 консультации.

13.13. Данный повышающий коэффициент (в разрезе фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) учитывается в составе коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 543н, и устанавливается дифференцированно по структурным подразделениям.

14.1. Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрировано в Минюсте России 30 июня 2021 г. № 64042), от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (зарегистрировано в Минюсте России 18 августа 2017 г. № 47855), от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (зарегистрировано в Минюсте России 2 апреля 2013 г. № 27964), от 21 апреля 2022 г. № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (зарегистрировано в Минюсте России 29 апреля 2022 г. № 68366), от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрировано в Минюсте России 21 апреля 2022 г. № 68288), от 4 июня 2020 г. № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» (зарегистрировано в Минюсте России 26 июня 2020 г. № 58786) и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»

национального проекта «Здравоохранение»).

14.2. Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов, применяемые при межучрежденческих расчетах, в том числе дифференцированные в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и использования для проведения профилактических осмотров и диспансеризации мобильных медицинских бригад установлены в приложении 22 к настоящему Тарифному соглашению.

14.3. Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья.

14.4. Тарифы комплексного посещения на оплату случая диспансерного наблюдения установлены дифференцировано в зависимости от заболевания/профиля врача, проводящего диспансерное наблюдение, и, соответственно, кратности посещений, а также от проведенных в рамках комплексного посещения лабораторных и диагностических исследований (БСК, онкологические болезни, сахарный диабет и пр.) с учетом требований приказа Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

14.5. Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации взрослого населения считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови, которые проводятся в соответствии с приложением № 2 к порядку проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее - Порядок диспансеризации).

14.6. Второй этап диспансеризации считается законченным в случае выполнения осмотров исследований и иных медицинских мероприятий, указанных в пункте 18 Порядка диспансеризации.

14.7. Случай диспансеризации считается законченным при проведении

всего перечня осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, определенных приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации 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».

14.8. Профилактические осмотры обучающихся в образовательных организациях, реализующих основные общеобразовательные программы среднего профессионального образования, осуществляются в образовательной организации. Эта образовательная организация обязана предоставить безвозмездно медицинской организации помещение, соответствующее условиям и требованиям для оказания указанной помощи.

14.9. В дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), проходят углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства в соответствии с перечнем исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации, установленным приложением № 5 постановления Правительства РФ от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» (далее - углубленная диспансеризация). Порядок направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке, утвержден приказом Минздрава России от 01.07.2021 № 698н.

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

14.11. Оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи дополнительно к подушевому нормативу финансирования:

за комплексное посещение, включающее исследования и медицинские вмешательства: измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови;

- за единицу объема в рамках проведения углубленной диспансеризации оплачиваются следующие исследования:

- тест с 6-минутной ходьбой;

- определение концентрации Д-димера в крови;
- проведение эхокардиографии в рамках II этапа углубленной диспансеризации;
- проведение компьютерной томографии легких в рамках II этапа углубленной диспансеризации;
- дуплексное сканирование вен нижних конечностей в рамках II этапа углубленной диспансеризации.

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

14.13. Для женщин и мужчин репродуктивного возраста поэтапно в зависимости от возрастных групп одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации организуется проведение диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья (далее - диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин), включающей исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению № 6. постановления Правительства РФ от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов».

14.14. При невозможности проведения всех исследований в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, для проведения указанных исследований медицинским работником медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, осуществляется забор материала для исследования и его направление в установленном порядке в иную медицинскую организацию, в том числе федеральную медицинскую организацию.

14.15. В случае отсутствия в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, врача акушера-гинеколога, врача-уролога (врача-хирурга, прошедшего подготовку по вопросам репродуктивного здоровья) данная медицинская организация привлекает к проведению диспансеризации соответствующих врачей иных медицинских организаций (в том числе на основе выездных форм их работы) с обязательным информированием гражданина о дате и времени работы этих врачей не менее чем за 3 рабочих дня до назначения даты приема (осмотра).

14.16. В случае если в МО отсутствуют специалисты, необходимые для проведения профилактических мероприятий (диспансеризации и профилактических осмотров) в полном объеме, указанная МО заключает договор с иными медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности в части выполнения требуемых работ (услуг), с оплатой расходов по подстатье 226 «Прочие работы, услуги».

15.1. При оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи размер финансового обеспечения медицинской организации складывается исходя из фактически оказанных объемов медицинской помощи и определяется по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{ФАКТ}} = \sum (O_{\text{МП}} \times T),$$

где:

- $\Phi O_{\text{ФАКТ}}$  фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;
- $O_{\text{МП}}$  фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи;
- $T$  тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей.

15.2. При этом тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, является единым для всех медицинских организаций, отнесенных к одному уровню (подуровню). Кроме того, тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях за единицу объема могут отличаться в зависимости от коэффициента дифференциации для отдельных территорий, на которой расположена медицинская организация.

15.3. Финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, а также видов расходов, не включенных в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

15.4. Для медицинских организаций, имеющих в структуре мобильные медицинские бригады, устанавливаются повышающие коэффициенты в размере 1,05 к тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами или устанавливаются отдельные тарифы на медицинские услуги, оказанные мобильными медицинскими бригадами.

15.5. Дифференциация стоимости комплексного посещения на оплату случая диспансерного наблюдения в зависимости от заболевания и, соответственно, кратности посещений (БСК, онкологические болезни, сахарный диабет и пр.) осуществляться с учетом требований приказа Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

15.6. Тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала) с учетом применения различных видов и методов исследований систем, органов и тканей человека, обусловленных заболеваемостью населения установлены приложением 19 к Тарифному соглашению.

15.7. Распределение объема отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала) между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляется при наличии в имеющейся у медицинской организации лицензии на медицинскую деятельность указания на соответствующие работы (услуги).

15.8. Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала) осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний в сроки, установленные Программой.

15.9. В рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования и территориальных программ обязательного медицинского страхования осуществляется проведение исследований на наличие 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 инфекции (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).

15.10. Исследование на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), на наличие вирусов респираторных инфекций, в том числе вирус гриппа любым из методов, включается в счет, реестр счета на оплату медицинской помощи медицинскими организациями, которым доведены объемы на проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа. При этом формируется обращение по заболеванию, посещение (диагноз МКБ-10 J00 -



J06, J09 - J11, J12 - J18, U07.1, U07.2) с включением отдельной позиции реестра счетов - услуги по тестированию на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом ПЦР, на наличие вирусов респираторных инфекций, в том числе вирус гриппа любым из методов с использованием кода, указанного в приложении 19 настоящего Тарифного соглашения.

16.1. Приложением № 2 постановления Правительства РФ от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» установлены средние нормативы объема и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю "Медицинская реабилитация".

16.2. Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, исходя из установленных Территориальной программой государственных гарантий в соответствии с Программой территориальных нормативов объема и финансовых затрат на единицу объема для медицинской реабилитации.

16.3. При этом комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10 - 12 посещений.

16.4. Рекомендуются осуществлять оплату медицинской реабилитации в амбулаторных условиях 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.

16.5. Плановый объем случаев медицинской реабилитации в амбулаторных условиях и размер соответствующих тарифов целесообразно определять в разрезе определенных выше параметров с учетом в том числе нормативов финансовых затрат на соответствующую единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение по профилю "Медицинская реабилитация"), установленных Территориальной программой государственных гарантий.

16.6. 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, по решению лечащего врача консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может

осуществляться в том числе с использованием телемедицинских технологий (1 - 2 посещения).

16.7. При проведении медицинской реабилитации на дому устанавливаются отдельные тарифы с учетом расходов на проведение консультаций с применением телемедицинских технологий. Особенности оплаты медицинской реабилитации на дому с применением телемедицинских технологий осуществляются в соответствии с пунктом 2.12 Методических рекомендаций.

16.8. Расходы на ведение школ для больных сахарным диабетом осуществляются за единицу объема медицинской помощи вне подушевого норматива финансирования. Медицинскую помощь в рамках школ сахарного диабета оплачивается за единицу объема - комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля. Стоимость комплексного посещения в расчете на 1 пациента представлена в приложении 24 к настоящему Тарифному соглашению.

17.1. Тарифы на оплату медицинских услуг, связанных с проведением позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее – ПЭТ-КТ), в амбулаторных условиях рассчитываются в соответствии с Методикой расчета тарифов в составе Правил ОМС по результатам оценки фактических затрат медицинских организаций, связанных с проведением ПЭТ-КТ и представлены в приложении 25 к настоящему Тарифному соглашению.

18.1. Оплата стоматологической медицинской помощи - по тарифам посещения или обращения с учетом условных единиц трудоемкости (УЕТ). За одну условную единицу трудоемкости (УЕТ) принимается 10 минут. При этом для учета случаев лечения используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением. Оплата стоматологической помощи по тарифам с учетом УЕТ основана на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2, 3 зубов) за одно посещение, что является наиболее эффективным, так как сокращается время на вызов пациента, подготовку рабочего места, операционного поля, работу с документами и т.д.

18.2. 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 представлено в приложении 23 к настоящему Тарифному соглашению.

19.1 Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях включается в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому); также установлены тарифов на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в целях проведения межучрежденческих расчетов, в том числе для референс-центров.

19.2. Расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий учитываются путем применения повышающего коэффициента при расчете  $K_{Дур}$ , используемого при расчете дифференцированных подушевых нормативов в случаях оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц а для медицинских организаций, имеющих в составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату по всем видам и условиям оказания медицинской помощи.

19.3. При этом повышающий коэффициент рассчитывается прямо пропорционально доле медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в общем объеме оказанной медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования.

Таблица

Показатель объема медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (доля медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в общем объеме оказанной медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования), %	Повышающий коэффициент к коэффициенту уровня (подуровня)
1%	1,01
2%	1,02
Повышающий коэффициент прямо пропорционален доле медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (при увеличении доли оказанной медицинской помощи с применением телемедицинских услуг на 1% повышающий коэффициент увеличивается на 0,01)	

Указанный коэффициент применяется при определении размера коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации, применяемого при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях (а для вышеуказанных медицинских организаций - при оплате по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату по всем видам и условиям оказания медицинской помощи) и, в случае его применения, отражается в тарифном соглашении.

19.4. В стационарных условиях и в условиях дневного стационара медицинская помощь с применением телемедицинских технологий включается в стоимость законченного случая лечения, рассчитанного на основе КСГ.

19.5. Тарифы с применением телемедицинских технологий в рамках, в том числе в рамках межучрежденческих расчетов между медицинскими

организациями представлены в приложении 21 к настоящему Тарифному соглашению.

20.1. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц 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 в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, определяется доля средств от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности с учетом балльной оценки.

20.2. При этом размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования определяется по следующей формуле:

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

где:

$ОС_{ПН}$  финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей;

$ОС_{РД}$  объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке (далее - объем средств с учетом показателей результативности), рублей;

$ФДП_{Н}^i$  дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для  $i$ -й медицинской организации, рублей.

20.3. Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций проводится Комиссией, один раз в квартал.

Территориальный фонд ОМС ежеквартально осуществляет оценку показателей и объем средств.

20.4. Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности

деятельности рекомендуется производить по итогам года.

20.5. При этом выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года ноябрь текущего года (включительно) и включаются в счет за ноябрь.

20.6. Размер средств на стимулирующую часть составляет 5% от средств на финансовое обеспечение по подушевому нормативу медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, условиях круглосуточного и дневного стационаров.

20.7. Показатели результативности деятельности медицинских организаций по всем видам и условиям ее оказания и порядок расчета значений критериев результативности деятельности медицинских организаций установлены приложением 14 к настоящему Тарифному соглашению.

20.8. При этом коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права и регулируемыми системы оплаты труда в медицинских организациях, в том числе системы доплат и надбавок стимулирующего характера и системы премирования, необходимо предусмотреть стимулирующие выплаты медицинским работникам за достижение аналогичных показателей.

20.9. Разделение оценки показателей на блоки, отражающие результативность оказания медицинской помощи - профилактические мероприятия и диспансерное наблюдение разным категориям населения (взрослому населению, детскому населению, акушерско-гинекологической помощи) в амбулаторных условиях.

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

20.11. Каждый показатель, включенный в блок, оценивается в баллах, которые суммируются. Методикой предусмотрена максимально возможная сумма баллов по каждому блоку, которая составляет:

- 19 баллов для показателей блока 1 (взрослое население);
- 7 баллов для показателей блока 2 (детское население);
- 6 баллов для показателей блока 3 (женское население).

20.12. В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому показателю определяется балл в диапазоне от 0 до 2 баллов.

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

20.14. Оценка достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций оформляется решением Комиссии, которое доводится до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

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

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

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

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

где:

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

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

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

В качестве численности прикрепленного населения к конкретной медицинской организации рекомендуется использовать среднюю численность за период. Например, при осуществлении выплат по итогам достижения показателей результативности ежегодно среднюю численность рекомендуется рассчитывать по формуле:

$$Ч_{мес} = \frac{Ч_{мес1} + Ч_{мес2} + \dots + Ч_{мес11} + Ч_{мес12}}{12},$$

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

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

$Ч_{мес2}$  численность прикрепленного населения к i-й медицинской организации по состоянию на 1 число второго месяца года,

следующего за j-м, человек;

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

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

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию II и III групп за j-й период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности ( $ОС_{РД(нас)_i}^j$ ), рассчитывается следующим образом:

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

где:

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

**2 часть** - распределение 30 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующей период.

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

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

где:

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

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

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

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

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

где:

Балл<sub>і</sub><sup>ј</sup> количество баллов, набранных в j-м периоде i-й медицинской организацией III группы.

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

Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности в медицинскую организацию III группы за j-й период определяется путем суммирования 1 и 2 частей, а для медицинских организаций I группы за j-й период - равняется нулю.

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

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

20.18. Объем средств, предусмотренных на стимулирующие выплаты, не распределенный между медицинскими организациями II и III группы в результате применения вышеуказанных понижающих коэффициентов к размеру стимулирующих выплат, распределяется между указанными медицинскими организациями пропорционально размеру стимулирующих выплат с учетом вышеуказанных понижающих коэффициентов.

20.19. Объем средств, направляемых на выплаты отдельной медицинской организации в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, определяется как произведение следующих параметров:

1. объем средств, предусмотренных на выплаты по итогам достижения показателей результативности за соответствующий период в расчете на одного



прикрепленного;

2. итоговый коэффициент для соответствующей медицинской организации;

3. средняя численность населения, прикрепленного в отчетном периоде к соответствующей медицинской организации.

21. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи 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.

21.1. При оплате медицинской помощи в отдельных 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.

21.2. 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 здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов.

21.3. 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 (приложение 13 к настоящему Тарифному соглашению).

21.4. Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

21.5. При применении указанного способа оплаты из общего объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ, исключаются средства, направляемые на оплату медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в медицинские организации, оплата медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара для которых осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц.

21.6. Указанный способ оплаты применяется в целях оптимизации оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, являющимися самостоятельными юридическими лицами, в том числе расположенными в сельской местности, в отдаленных, труднодоступных и малонаселенных районах, с учетом количества структурных подразделений, объема оказываемой медицинской помощи, численности прикрепленного населения.

21.7. Объем подушевого финансового обеспечения каждой МО рассчитывается СМО, исходя из численности граждан, застрахованных СМО и прикрепленных к данной МО на первое число месяца, за который осуществляется оплата, и дифференцированного подушевого норматива МО.

21.8. Размер подушевого норматива финансирования МО на прикрепившихся лиц (ПДНмо) определяется по формуле:

$$\text{ПДНмо} = \frac{\sum \text{рфо} - \sum \text{впр}}{\text{Чзпр}} / 12,$$

где:

$\sum \text{рфо}$  - расчетный размер финансового обеспечения распределенных объемов предоставления медицинской помощи, оказываемой по всем видам и условиям на 2023 год;

$\sum \text{впр}$  - сумма выплат за выполнение показателей результативности деятельности (5%);

Чзпр - численность застрахованных прикрепленных лиц;

12 - число месяцев в году.

21.9. Базовый (средний) 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 профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме, расходов на оплату стоматологической медицинской помощи, расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, а также специализированную медицинскую помощь в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи - случай госпитализации, случай лечения в дневном стационаре, за исключением:

- 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 патолого-анатомических 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;

- расходы на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;

- расходы на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов;

- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в центрах здоровья;

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

- расходов на финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи.

21.10. Размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации и на основе подушевого норматива финансирования оплата медицинской помощи на 2024 год, утвержден приложением 13 к настоящему Тарифному соглашению.

21.11. При оплате медицинской помощи на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату

медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании счета и реестра счетов на оплату медицинской помощи, сформированного исходя из количества обслуживаемых медицинской организацией застрахованных лиц и подушевого норматива финансирования медицинской организации, с учетом достижения показателей результативности, а также суммы удержания за лабораторно-диагностические услуги, оказанные МО-исполнителями в рамках межучрежденческих расчетов.

21.12. При этом медицинской организацией представляется персонифицированный реестр счета, содержащий сведения о фактически оказанной медицинской помощи (медицинских услугах, посещениях, обращениях, вызовах, законченных случаях лечения заболевания, в том числе на основе КСГ) застрахованным лицам, обслуживаемым медицинской организацией.

22. В центрах здоровья единицей объема первичной медико-санитарной помощи является посещение:

впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;

обратившихся граждан для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, а также граждан, направленных МО по месту прикрепления, медицинскими работниками образовательных организаций.

23.1. Случай оказания медицинской помощи в приемном отделении стационара без последующей госпитализации (при условии отсутствия показаний для госпитализации, при отказе пациента от госпитализации) при условии наблюдения за состоянием здоровья пациента с продолжительностью до одних суток оплачивается по тарифу медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме, в условиях приемного отделения.

23.2. Факт обращения пациента за медицинской помощью должен быть зафиксирован в Журнале регистрации амбулаторных больных, в медицинской карте амбулаторного больного (ф. № 025-1/у), оформленной в приемном отделении. Минимальный объем медицинских услуг, обосновывающий выставление счета на оплату, является осмотр врача приемного отделения (дежурного врача стационара) и выполнение не менее одного лечебно-диагностического мероприятия.

24.1. Заместительная почечная терапия методами гемодиализа и перитонеального диализа проводится в рамках первичной специализированной и специализированной медицинской помощи в пределах объемов, установленных решением Комиссии.

24.2. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа, в условиях дневного стационара - за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее)

заболевание, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в условиях круглосуточного стационара - за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи по тарифам согласно приложению 30 к настоящему Тарифному соглашению.

24.3. Базовые тарифы на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») и перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ»), рассчитаны в соответствии с Методикой расчета тарифов и включающие в себя расходы, определенные частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ. Для последующего расчета остальных услуг диализа, к базовому тарифу применяются коэффициенты относительной затратоемкости.

24.4. Применение коэффициента дифференциации к стоимости услуги осуществляется с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи.

24.5. При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу - одну услугу экстракорпорального диализа и один день обмена перитонеального диализа. В целях учета объемов медицинской помощи необходимо учитывать лечение в течение одного месяца как одно обращение (в среднем 13 услуг экстракорпорального диализа, 12 - 14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца). Учитывая постоянный характер проводимого лечения, осуществляется ведение одной амбулаторной карты (учетная форма № 025/у) в течение календарного года (в том числе и в случае ведения электронной амбулаторной карты), несмотря на количество законченных случаев лечения по данной нозологии у конкретного пациента (с момента начала проведения диализа в текущем году до 31 декабря текущего года).

24.6. 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.

24.7. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре. При этом в период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

24.8. В случае если в регионе выполняются услуги диализа при сепсисе, септическом шоке, полиорганной недостаточности, печеночной недостаточности, острых отравлениях, острым некротическом панкреатите,

остром рабдомиолизе и других миоглобинурических синдромах, парапротеинемических гемобластозах, жизнеугрожающих обострениях аутоиммунных заболеваний, субъект Российской Федерации вправе устанавливать тарифы на следующие услуги для осуществления дополнительной оплаты услуг к стоимости КСГ:

A18.05.001.001 Плазмообмен;

A18.05.001.003 Плазмодиафильтрация;

A18.05.001.004 Плазмофильтрация каскадная;

A18.05.001.005 Плазмофильтрация селективная;

A18.05.002.004 Гемодиализ с селективной плазмофильтрацией и адсорбцией;

A18.05.003.001 Гемофильтрация крови продленная;

A18.05.006.001 Селективная гемосорбция липополисахаридов;

A18.05.007 Иммуносорбция;

A18.05.020.001 Плазмосорбция сочетанная с гемофильтрацией;

A18.05.021.001 Альбуминовый диализ с регенерацией альбумина.

24.9. 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.

25. Порядок применения способов оплаты скорой медицинской помощи.

25.1. Перечень МО, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) приведен в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

25.2. Обслуживаемым населением считаются застрахованные граждане, прикрепившиеся к первичному звену на территории обслуживания скорой медицинской помощи.

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

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

где:

$O_{\text{СМП}}$  объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, рублей;

$\text{Ч}_3$  численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек.

25.4. 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 данного субъекта Российской Федерации, по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = \frac{ОС_{СМП} - ОС_{В}}{Ч_{З} \times КД},$$

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 данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов, рублей;
- $КД$  единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

25.5. Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи установлены приложением 29 Тарифного соглашения, в том числе на оплату скорой медицинской помощи в случае проведения тромболизиса.

25.6. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорая (специализированная) медицинская помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи - вызов, за исключением:

- услуги по оказанию скорой медицинской помощи в пути следования при медицинской эвакуации врачом, фельдшером медицинской сестрой скорой медицинской помощи

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;

- расходов, 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.

25.7. При этом медицинской организацией, оплата медицинской помощи которой осуществляется на основе дифференцированного подушевого норматива финансирования представляется персонифицированный реестр счета, содержащий сведения о фактически оказанной медицинской помощи

застрахованным лицам, обслуживаемым медицинской организацией. В реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

25.7. При оплате скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации установлены сопоставимые дифференцированные подушевые нормативы финансирования, позволяющие обеспечивать принцип равных прав застрахованных граждан в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

25.8. На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи в субъекте Российской Федерации, 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 (при необходимости);

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

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

25.9. В целях сохранения сбалансированности территориальных программ обязательного медицинского страхования значения  $КД_{ПВ}$ ,  $КД_{УР}$  и  $КД_{ЗП}$  для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, рассчитываются с учетом недопущения влияния применения указанных коэффициентов на общий объем средств, распределяемый между медицинскими организациями по подушевому нормативу финансирования



(среднее взвешенное значение каждого из указанных коэффициентов с учетом численности прикрепленного к соответствующим медицинским организациям населения должно составлять 1).

25.10. В целях недопущения необоснованного снижения объема подушевого финансирования медицинских организаций при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования  $КД_{ур}$  и  $КД_{зп}$  устанавливается в размере 1 (приложение 26,27 Тарифного соглашения).

25.11. При осуществлении дифференциации подушевого норматива основным фактором дифференциации является половозрастной состав прикрепившегося населения.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи численность застрахованных лиц распределяется на половозрастные группы (подгруппы). При этом для каждой половозрастной группы (подгруппы) рассчитываются единые значения коэффициента дифференциации в пределах.

25.12. В Тарифном соглашении в приложениях 26,27,28 указываются значения всех коэффициентов, используемых при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования, значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования, а также численность застрахованных лиц на территории обслуживания станции скорой медицинской помощи в разрезе медицинских организаций с указанием даты (периода) по состоянию на который представлена численность (среднемесячная численность застрахованных лиц на территории обслуживания скорой медицинской помощи за декабрь 2023 года).

25.13. 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:

$$\Phi_{ОСМП} = ДПн^i \times Чз^{ПР} + ОСв,$$

где:

$\Phi_{ОСМП}$  размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

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

25.14. При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий, по договорам возмездного оказания медицинских услуг,

заключаемых между организаторами данных мероприятий и медицинскими организациями, и оплате за счет средств ОМС не подлежат.

25.15. Установленные в Тарифном соглашении тарифы на оплату отдельных случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц) (в дополнение к подушевому нормативу финансирования) являются едиными для всех медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, и отличаются только в зависимости от коэффициента дифференциации в которых расположена медицинская организация.

## **II. Структура и размер тарифа на оплату медицинской помощи**

### **26. Структура тарифов.**

26.1. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС включают расходы медицинских организаций, связанные с предоставлением бесплатной медицинской помощи по видам, включенным в Программу ОМС, в соответствии со структурой тарифа, установленной частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

26.2. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу.

26.3. В структуру тарифа на оплату ВМП включаются расходы на

приобретение основных средств вне зависимости от их стоимости.

26.4. Тарифы на оплату медицинской помощи определяются дифференцированно по уровням оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и/или структурных подразделений (отделений) медицинских организаций, в соответствии с Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленными ФОМС.

Решение по отнесению МО/отделения МО к уровню оказания медицинской помощи принимается Комиссией, в соответствии с маршрутизацией пациентов, установленной приказами МЗ РА.

26.5. В соответствии с Программой ОМС, тарифы на оплату медицинской помощи в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе:

- 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 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.

26.6. Структура тарифа включает расходы на оплату труда в соответствии с действующей системой оплаты труда. Не входят в тариф и за счет средств ОМС не компенсируются:

- доплаты к заработной плате, устанавливаемые органами сверх доплат, утвержденных нормативными правовыми актами Российской Федерации;

- установление надбавок, доплат, повышений и других выплат к заработной плате работникам медицинских организаций ведомственного подчинения и частной формы собственности сверх размеров, установленных законодательством Российской Федерации и Республики Алтай.

26.7. Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда определяются исходя из потребности в количестве персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с действующей системой оплаты труда, включая денежные выплаты стимулирующего характера врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в

амбулаторных условиях; медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях; врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации; врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения Республики Алтай.

26.8. Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинской организации, которые не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги) (административно-управленческого, административно-хозяйственного, вспомогательного и иного персонала, не принимающего непосредственное участие в оказании государственной услуги), определяется исходя из количества по штатному расписанию, утвержденному руководителем МО, с учетом действующей системы оплаты труда.

26.9. МО в течение года самостоятельно формирует резерв на оплату отпусков и расходы на выплату заработной платы при закрытии отделений на проведение плановых ремонтов, карантинных и профилактических мероприятий.

26.10. При невыполнении МО плановых объемов медицинской помощи, определенных Комиссией, оплата расходов, включенных в финансовый норматив согласно п. 26.2, в расчете на невыполненный объем, не являются обязательством ОМС.

26.11. Расходные материалы, мягкий инвентарь, медицинский инструментарий и другие изделия медицинского назначения (медицинские изделия) независимо от стоимости, при заболеваниях и состояниях, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, приобретаются и используются медицинскими организациями в объеме, необходимом для обеспечения предоставления медицинской помощи надлежащего качества и объема.

26.12. Лекарственное обеспечение пациентов при оказании бесплатной медицинской помощи осуществляется в соответствии с законодательными и нормативными актами Российской Федерации, в том числе за счет иных источников финансирования.

26.13. При оказании в рамках Программы ОМС первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками ее оказания, перечнем ЖНВЛП, применяемых в

медицинских целях.

26.14. При оказании медицинской помощи в рамках Программы ОМС, в том числе ВМП, за счет средств ОМС осуществляется обеспечение изделиями медицинского назначения, включая металлоконструкции для травматологических и ортопедических операций, протезы и эндопротезы (за исключением стоматологических протезов, протезов и эндопротезов, приобретение которых обеспечивается средствами соответствующих бюджетов в соответствии с законодательством), стабилизирующие системы, устройства для репозиции и фиксации, устройства для установки имплантатов и др.

26.15. При оказании медицинской помощи в стационарах круглосуточного пребывания застрахованные лица обеспечиваются лечебным питанием по назначению лечащего врача в соответствии с нормами, установленными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

26.16. Тарифы по ОМС не включают расходы:

на транспортировку пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи методами гемодиализа и обратно;

на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше четырехсот тысяч рублей за единицу, проведение капитального ремонта и проектно-сметную документацию для его проведения (за исключением средств, полученных на оплату ВМП);

по оказанию медицинской помощи по видам, финансовое обеспечение которых осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и Республики Алтай за счет средств бюджетов всех уровней или других источников;

по исполнению судебных актов, связанных со взысканием морального вреда, в том числе за некачественное оказание медицинской помощи, а также возмещением судебных расходов;

по возврату (возмещению) средств, использованных не по целевому назначению и уплате штрафных санкций.

26.17. МО ведут отдельный аналитический учет поступления и расходования средств ОМС по условиям оказания медицинской помощи.

26.18. При определении соответствующих направлений расходования финансовых средств МО руководствуются Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации (утверждены приказом Министерства финансов Российской Федерации от 29.11.2017 № 209н «Об утверждении порядка применения классификации операций сектора государственного управления»), общероссийским классификатором продукции по видам экономической деятельности (утвержден приказом Росстандарта от 31.01.2014 № 14-ст), классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 01.01.2002 № 1, общероссийским

классификатором основных фондов ОК 013-2014 (СНС 2008) (принят и введен в действие Приказом Росстандарта от 12.12.2014 № 2018-ст).

26.19. При расходовании средств обязательного медицинского страхования на приобретение медикаментов, мягкого инвентаря и продуктов питания необходимо руководствоваться нормативами, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Республики Алтай, а также соблюдать натуральные нормы по продуктам питания.

26.20. В состав тарифа на оплату медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах, в том числе на дому, не включаются расходы на продукты питания.

26.21. Доля (структура) расходования средств в процентах (в том числе минимальные и (или) максимальные значения) по направлениям расходования средств при оказании ВМП, в части базовой программы ОМС, установлена приложением 11 к настоящему Тарифному соглашению.

26.22. МО при расходовании средств вправе самостоятельно определять расходования средств по видам расходов, включенных в тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом соблюдения принципа эффективного и рационального использования средств ОМС, соблюдения натуральных норм по продуктам питания для пациентов, отсутствия жалоб на лекарственное обеспечение со стороны застрахованных лиц, отсутствия кредиторской задолженности.

26.23. Использование МО средств ОМС на финансирование видов медицинской помощи, не включенных в Программу ОМС, на оплату расходов, не включенных в структуру тарифов, является нецелевым.

26.24. ТФОМС осуществляет контроль целевого использования средств ОМС в МО. При установлении фактов нецелевого использования средств ОМС МО обязана возратить эти средства в бюджет ТФОМС.

## **27. Размер тарифов.**

27.1. Установление тарифов на отдельные медицинские услуги осуществляются в соответствии с Номенклатурой.

27.2. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

Размер среднего подушевого норматива финансирования медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо, определен на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, и составляет 7030,6 рублей.

27.3. Размер базового норматива финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания и тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях на 2024 год, утверждены приложением 20 и 25 к настоящему Тарифному соглашению.

27.4. Размер базового норматива финансовых затрат на оплату

медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания и тарифы на оплату отдельных медицинских услуг и технологий (по условиям оказания медицинской помощи), утверждены приложениями 19, 21 к настоящему Тарифному соглашению.

27.5. Размер базового норматива финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания и тарифы Первого этапа диспансеризации отдельных групп взрослого населения; Тарифы на осмотры (исследования, мероприятия), выполненные в рамках Второго этапа диспансеризации; углубленной диспансеризации; Профилактические медицинские осмотры взрослого населения, диспансерного наблюдения, утверждены приложением 22 к настоящему Тарифному соглашению.

27.6. Размер базового норматива финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания Тарифы при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью и Тарифы на профилактические осмотры несовершеннолетних детей, утверждены приложением 22 к настоящему Тарифному соглашению.

27.7. В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

Размер тарифа на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, определяются дифференцированно с учетом коэффициента уровня медицинской организации для групп медицинских организаций (структурного подразделения):

1) коэффициент первого уровня медицинской организации применяется при расчете тарифов на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) (за исключением медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами);

2) коэффициент второго уровня медицинской организации применяется при расчете тарифов на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению нескольких муниципальных образований, а также указанной медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами;

3) коэффициент третьего уровня медицинской организации

(структурного подразделения) применяется при расчете тарифа на оплату специализированной медицинской помощи медицинскими организациями, оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь.

27.8. Размер среднего подушевого норматива финансирования медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо, определен на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, и составляет 12 392,71 рублей.

27.9. Расчет стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

1) Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) – 61 043,47 рублей с учетом коэффициента дифференциации -1,685 базовая ставка без учета коэффициента дифференциации 36 227,58 рублей;

2) Коэффициент относительной затратоёмкости (КЗ ксг/кпг), к которой отнесен данный случай госпитализации (установлен на федеральном уровне, Программой ОМС);

3) Коэффициент дифференциации (КД) (рассчитан в соответствии с постановлением № 462);

В соответствии с Законом РФ от 19.02.1993 № 4520-1 «О государственных гарантиях и компенсациях для лиц, работающих и проживающих в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностям», постановлением Правительства Российской Федерации от 09.04.1992 № 239 «Об отнесении районов Республики Горный Алтай к местностям, приравненных к районам Крайнего Севера и установлении коэффициентов», постановлением Совета Министров - Правительством Российской Федерации от 29.05.1993 № 512 «О районном коэффициенте к заработной плате на территории Республики Горный Алтай» установлены коэффициенты дифференциации (районные коэффициенты к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями) для: БУЗ РА «Кош-Агачская районная больница» - 2,4; БУЗ РА «Улаганская районная больница» - 2,2; остальных МО - 1,4.

4) Коэффициент специфики оказания медицинской помощи (КСксг) приложение 3 к Тарифному соглашению;

5) Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации (КУСмо): уровень 1 - 0,90; уровень 2 - 1,05; уровень 3 - 1,25.

Значения коэффициента уровня медицинской организации для подуровней устанавливаются в следующих диапазонах:

для второго уровня медицинской организации - от 0,9 до 1,2;

7) Коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП).

27.10. Перечень случаев, для которых установлен КСЛП, утвержден



приложениями 4,5,6,7,8 к настоящему Тарифному соглашению.

27.11. Тарифы законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ, представлены приложением 3 к настоящему Тарифному соглашению.

27.12. Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС (для МО, оказывающих ВМП), представлены приложением 11 к настоящему Тарифному соглашению.

27.13. В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара:

27.14. Размер среднего подушевого норматива финансирования медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо, определен на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, и составляет 3 170,78 рублей.

27.15. Расчет стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

1) Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) – 31674,48 рублей с учетом коэффициента дифференциации, коэффициент дифференциации 1,685, базовая ставка без учета коэффициента дифференциации 18 797,91 рублей;

2) Коэффициент относительной затроемкости (КЗ ксг/кпг), к которой отнесен данный случай госпитализации (установлен на федеральном уровне, Программой ОМС);

3) Коэффициент дифференциации (КД) (рассчитан в соответствии с постановлением № 462);

В соответствии с Законом РФ от 19.02.1993 № 4520-1 «О государственных гарантиях и компенсациях для лиц, работающих и проживающих в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностям», постановлением Правительства Российской Федерации от 09.04.1992 № 239 «Об отнесении районов Республики Горный Алтай к местностям, приравненных к районам Крайнего Севера и установлении коэффициентов», постановлением Совета Министров - Правительства Российской Федерации от 29.05.1993 № 512 «О районном коэффициенте к заработной плате на территории Республики Горный Алтай» установлены коэффициенты дифференциации (районные коэффициенты к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями) для: БУЗ РА «Кош-Агачская районная больница» - 2,4; БУЗ РА «Улаганская районная больница» - 2,2; остальных МО - 1,4;

4) Коэффициента специфики оказания медицинской помощи (КСксг) приложение 10 к Тарифному соглашению;

5) Коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации (КУСмо): уровень 1 - 0,90; уровень 2 - 1,05; уровень 3 - 1,25.

Значения коэффициента уровня медицинской организации для подуровней устанавливаются в следующих диапазонах:

для второго уровня медицинской организации - от 0,9 до 1,2;

б) Коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП).

27.16. Тарифы законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ, в дневном стационаре представлены приложением 10 к настоящему Тарифному соглашению.

27.17. В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации:

Размер среднего подушевого норматива финансирования медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо, определен на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, и составляет 1 062,63 рублей.

27.20. Тарифы за вызов скорой медицинской помощи и для осуществления межтерриториальных расчетов, не имеющих прикрепившихся лиц, а также в случае проведения тромболитика, представлены Приложением 29 к настоящему Тарифному соглашению.

27.21. Межучрежденческие расчеты за консультационные услуги, проведенные диагностические услуги, в том числе лабораторные услуги.

27.22. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих (могут осуществляться медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями) и межтерриториальных (осуществляются территориальным фондом обязательного медицинского страхования) расчетах, в соответствии с Требованиями.

27.23. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (далее - проведение межтерриториальных расчетов), осуществляется в соответствии с тарифами, установленными тарифным соглашением.

27.24. Межучрежденческие расчеты осуществляются с использованием двух моделей организации оплаты:

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

- в рамках гражданско-правовых договоров между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации (заключение гражданско-правовых договоров на общих основаниях, предусмотренных Гражданским кодексом).

27.25. При использовании модели оплаты межучрежденческих расчетов через страховую медицинскую организацию в тарифном соглашении

устанавливаются единые для всех медицинских организаций тарифы на оплату медицинской помощи при межучрежденческих расчетах, которые также применяются при проведении межтерриториальных расчетов. Медицинскими организациями-исполнителями составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай) с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату услуг на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации-заказчика уменьшается на объем средств, перечисленных медицинской организации-исполнителю, в которой были фактически выполнены отдельные медицинские вмешательства, исследования, за выполнение отдельных медицинских вмешательств, исследований по направлениям, выданным медицинской организацией-заказчиком.

27.26. В случае использования модели оплаты в рамках гражданско-правовых договоров между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации медицинская помощь указанный случай оказания медицинской помощи может быть отражен в реестре счетов только одной медицинской организации-заказчиком. Оплата медицинской помощи в рамках гражданско-правовых договоров между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации осуществляется в том числе из средств, направленных страховой медицинской организацией в медицинскую организацию, отражающую указанный случай медицинской помощи в реестрах счетов. Комиссия не вправе устанавливать тарифы на оплату медицинской помощи в рамках гражданско-правовых договоров между медицинскими организациями.

27.27. В рамках межучрежденческих и межтерриториальных расчетов может осуществляться оплата отдельных патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, проводимых в условиях круглосуточного стационара и референс-центрах, включая дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования.

27.28. В случае если взаиморасчеты осуществляются медицинскими организациями на основании гражданско-правовых договоров, тарифы устанавливаются исходя из условий соответствующих договоров.

27.29. Порядок взаимодействия медицинских организаций при направлении пациентов в другие медицинские организации устанавливает Министерство здравоохранения Республики Алтай.

27.30. Перечень медицинских организаций-исполнителей, оказывающих консультационные и диагностические услуги, в том числе лабораторные, оплачиваемых за счет средств ОМС в рамках межучрежденческих расчетов, а также тарифы представлены в приложении 25 к настоящему Тарифному соглашению.

27.31. Стоимость консультационных и диагностических услуг, в том числе лабораторных, включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и в стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ (в случае оказания лабораторных услуг в рамках стационарного лечения).

27.32. Ежемесячно в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным, МО-исполнители предоставляют в страховые медицинские организации реестры счетов на оплату диагностических услуг, в том числе лабораторных с указанием условий оказания медицинской помощи застрахованному лицу (амбулаторно, в условиях дневного стационара, стационарно).

27.33. В случае выявления необоснованно предъявленных к оплате услуг МО-заказчик в течение 2 месяцев с момента получения от СМО сведений направляет претензию МО-исполнителю.

27.34. МО-исполнитель в течение 1 месяца с момента получения претензии согласовывает ее, либо предоставляет протокол разногласий. Согласованные претензии МО-исполнитель направляет в СМО, по которым СМО производит перерасчет.

27.35. МО-исполнитель сохраняет направление МО-заказчика (или иной вариант информации о направлении) в течение 6 месяцев после отчетного периода.

27.36. При оказании медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории других субъектов РФ, межучрежденческие расчеты не проводятся, так как счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Республики Алтай, предъявляются медицинскими организациями в Территориальный фонд. В случае выдачи направления гражданину, застрахованному на территории другого субъекта РФ, направления на проведение диагностических или лабораторных услуг (не являющихся единицами объема медицинской помощи, предъявляемыми к оплате) в другую медицинскую организацию, в гражданско-правовых договорах необходимо указывать тарифы согласно приложению 25.

27.37. Оплата проведенных медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Республики Алтай, исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа, любым методом, лицам, застрахованным за пределами Республики Алтай, осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 19 настоящего Тарифного соглашения. При этом МО-заказчик (медицинская организация, которой доведены объемы на проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа, любым методом, в реестре счетов на оплату медицинской помощи, предъявляемом в Территориальный фонд, формирует обращение по заболеванию, (диагноз МКБ-10 J00 - J06, J09 - J11, J12 - J18, U07.1, U07.2),

включающее тестирование на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа, любым методом, и производит расчеты с МО-исполнителем на основании акта сверки выполненных работ.

### **III. 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**

28. Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, (далее - Порядок контроля) устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в соответствии с п. 9.1 части 1 статьи 7 Федерального закона № 326-ФЗ. Территориальным фондом и СМО осуществляется контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями по территориальной программе ОМС в соответствии с Порядком контроля.

29. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи. При этом проведение медико-экономического контроля осуществляется Территориальным фондом.

30. Результаты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи оформляются заключениями по формам, установленным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, и являются основанием для применения мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона № 326-ФЗ, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (далее - Перечень оснований), утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 года № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения». Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведены в Приложении 31 к настоящему Тарифному соглашению. В соответствии со статьей 40 Федерального закона по результатам контроля

объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

31. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 Федерального закона удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком проведения контроля.

32. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением N 5 к Правилам ОМС) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{\text{но}},$$

где:

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

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

$K_{\text{но}}$  - 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:

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

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 к Правилам ОМС.

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

$$C_{шт} = РП \times K_{шт},$$

где:

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

РП - 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 неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведены в приложении N 5 к Правилам ОМС.

34. Размеры подушевых нормативов финансирования (РП), используемых при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи

установлены в приложении 31 к Тарифному соглашению.

35. В случае выявления Территориальным фондом при проведении повторной экспертизы нарушений, не выявленных СМО в ходе медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи, СМО утрачивает право использования мер, применяемых к медицинской организации, по своевременно не выявленному нарушению при оказании медицинской помощи. Средства в сумме, определенной заключением по результатам повторной экспертизы, возвращаются МО в бюджет Территориального фонда. К СМО применяются санкции в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

36. При наличии в одном и том же случае оказания медицинской помощи двух и более оснований для отказа в оплате медицинской помощи к МО применяется одно - наиболее существенное основание, влекущее больший размер неоплаты, или отказ в оплате. Суммирование размера неполной оплаты медицинских услуг по одному страховому случаю не производится.

#### **IV. Распределение объёмов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями**

37. Распределение на отчетный год и перераспределение в течение года объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями по видам, формам и условиям предоставления медицинской помощи осуществляется отдельным решением Комиссии пределах установленных территориальной программой нормативов.

Распределение на отчетный год объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями осуществляется решением Комиссии до 1 января года, на который осуществляется распределение.

Обобщение сведений о выполнении объемов медицинской помощи и объемов финансового обеспечения в разрезе МО проводится рабочей группой, созданной при Комиссии. На основании анализа оказанных МО и оплаченных СМО объемов медицинской помощи (с учетом результатов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи) рабочая группа по необходимости не реже 1 раза в квартал представляет Комиссии обоснованные предложения о корректировке объемов медицинской помощи и объемов финансового обеспечения по каждой медицинской организации и СМО.

#### **V. Заключительные положения**

38. В соответствии с частью 7 п. 12 статьи 34 Федерального закона № 326-ФЗ Территориальный фонд осуществляет контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими



организациями и медицинскими организациями, в том числе проводит проверки и ревизии.

39. В соответствии с частями 11 и 12 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ за использование не по целевому назначению страховой медицинской организацией целевых средств, СМО обязана уплатить Территориальному фонду за счет собственных средств штраф в размере 10 процентов от суммы средств, использованных не по целевому назначению. Средства, использованные не по целевому назначению, СМО возмещает в течение 10 рабочих дней со дня предъявления требования Территориальным фондом.

40. В соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ за использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, МО уплачивает в бюджет Территориального фонда штраф в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки. Средства, использованные не по целевому назначению, МО возвращает в бюджет Территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления Территориальным фондом соответствующего требования.

41. Расходование средств ОМС медицинской организацией на цели, не предусмотренные настоящим Тарифным соглашением, является нецелевым использованием средств ОМС, в том числе:

направление средств ОМС на возмещение расходов по видам медицинской помощи, не включенным в ТП ОМС, а также медицинской помощи, финансирование которой предусмотрено из других источников;

направление средств ОМС на возмещение расходов по медицинским услугам, не предусмотренным лицензией медицинской организации;

направление средств ОМС на возмещение расходов, подлежащих оплате из средств бюджетов соответствующих уровней;

направление средств ОМС на возмещение расходов не включенных в состав тарифов на медицинские услуги в системе ОМС;

направление средств ОМС на цели, не предусмотренные условиями договора между страховой медицинской организацией и медицинской организацией;

необоснованное получение медицинскими организациями средств ОМС;

оплата собственных обязательств медицинских организаций, не связанных с деятельностью по ОМС;

расходование средств ОМС на иные цели, не соответствующие условиям их предоставления.

42. Взаимоотношения между участниками обязательного медицинского страхования строятся на основании договоров:

договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского

страхования, заключенного между Территориальным фондом и СМО;

договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенного между Территориальным фондом, СМО и МО, осуществляющей деятельность в сфере ОМС.

43. МО после распределения объемов медицинской помощи и объемов ее финансового обеспечения составляет план финансово-хозяйственной деятельности, направляет его после согласования в Министерство здравоохранения Республики Алтай, в Территориальный фонд для согласования его в части средств ОМС.

44. Медицинские организации ведут отдельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования.

45. Медицинские организации ведут отдельный учет медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, стационарных условиях, в условиях дневного стационара и 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).

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью (посещение центра здоровья, в связи с проведением диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, диспансерным наблюдением), посещений с иными целями, разовых посещений в связи с заболеванием, неотложной медицинской помощи и обращений по заболеванию.

Медицинские организации ведут отдельный учет комплексных посещений с профилактической целью в центрах здоровья, в связи с профилактическими медицинскими осмотрами, диспансеризацией определенных групп взрослого населения, углубленной диспансеризацией (1 и 2 этапов), диспансеризацией для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, диспансерному наблюдению, по профилю "Медицинская реабилитация".

46. Персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, ведется в электронном виде медицинскими организациями и СМО, работающими в сфере ОМС, и Территориальным фондом в соответствии с Порядком ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденным постановлением Правительства РФ от 05.11.2022 № 1998 «Об утверждении Правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - Порядок ведения персонифицированного учета).

47. Информационное обеспечение персонифицированного учета осуществляется посредством государственной информационной системы обязательного медицинского страхования. Документы (сведения) в рамках ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи доступны в личных кабинетах граждан в федеральной государственной информационной системе «Единый портал

государственных и муниципальных услуг (функций)».

48. МО представляют сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предусмотренные подпунктами «а» - «п» пункта 29 Порядка ведения персонифицированного учета, в Территориальный фонд в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Территориальный фонд осуществляет автоматизированную обработку полученных от МО сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в том числе в целях проведения контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, а также ее финансового обеспечения.

49. На этапе автоматизированной обработки сведений персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, территориальным фондом обязательного медицинского страхования и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования:

а) проводится проверка действительности полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица по единому регистру застрахованных лиц;

б) определяется страховая медицинская организация, ответственная за оплату счета (в части медицинской помощи, оказанной региональной медицинской организацией);

в) определяется субъект Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования;

г) проводится контроль объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, а также ее финансового обеспечения.

50. После проведения территориальным фондом обязательного медицинского страхования медико-экономического контроля в соответствии с установленным им порядком, обеспечивается доступ страховым медицинским организациям по страховой принадлежности застрахованных лиц к сведениям персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по территориальным программам обязательного медицинского страхования, содержащимся в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования, для оплаты медицинской помощи и проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

51. Сведения персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, формируются в форме электронного документа, подписанного руководителем медицинской организации или уполномоченным им лицом. Обмен данными в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования проводится в форме электронных документов с использованием усиленных квалифицированных электронных подписей руководителя и главного бухгалтера МО, должны содержать сведения, указанные в пунктах 146 и 147 Правил ОМС.

52. Медицинская организация ежемесячно, не позднее пятого рабочего дня месяца, следующего за отчетным месяцем, направляет в Территориальный фонд счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов. С учетом представленных медицинской организации счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи Территориальный фонд осуществляет проведение медико-экономического контроля, по итогам которого не позднее 10 рабочего дня месяца, следующего за отчетным месяцем:

направляет в медицинские организации заключения по результатам медико-экономического контроля по лицам, застрахованным в страховой медицинской организации, в страховую медицинскую организацию - принятые к оплате счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным в страховой медицинской организации лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также заключения по результатам медико-экономического контроля в страховую медицинскую организацию для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля и оплаты оказанной медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

осуществляет оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, с учетом результатов контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного территориальным фондом медико-экономического контроля медицинская организация вправе доработать и представить в территориальный фонд отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее семи рабочих дней с даты получения соответствующего заключения по результатам медико-экономического контроля первично представленного медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи, за исключением случая, указанного в последнем абзаце настоящего пункта. Оплата счетов, повторно представленных медицинскими организациями к оплате после доработки, осуществляется в период оплаты счетов за следующий отчетный месяц.

В случае принятия Комиссией решения об увеличении медицинской организации объемов предоставления медицинской помощи и (или) ее финансового обеспечения отклоненные ранее от оплаты счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи повторно представляются медицинской организацией в территориальный фонд не позднее пятого рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором Комиссией были пересмотрены объемы предоставления медицинской помощи и (или) ее финансового обеспечения.

53. Оплата медицинской помощи производится при наличии соответствующей лицензии на осуществление медицинской деятельности и по установленным способам оплаты и тарифам с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи.

54. Сроки оплаты счетов предусматриваются договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

55. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, а также ее финансового обеспечения осуществляется Территориальным фондом, СМО в соответствии с приказом Минздрава России 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» и договорами, указанными в пункте 42 настоящего Тарифного соглашения.

56. В соответствии с Правилами ОМС, а также договорами, указанными в пункте 42 настоящего Тарифного соглашения, Территориальный фонд, МО и СМО проводят сверку расчетов, по результатам которой составляют акты сверки расчетов.

57. Индексация тарифов производится:

при изменении условий оплаты труда работников МО, утвержденных в установленном порядке нормативными правовыми актами Российской Федерации, Республики Алтай; при профиците бюджета Территориального фонда.

58. При дефиците средств бюджета Территориального фонда тарифы могут корректироваться в сторону снижения по решению Комиссии.

59. Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания, распространяется на правоотношения с 1 января 2024 года и действует до 31 декабря 2024 года.

60. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по обращению одной из Сторон не позднее 10 дней со дня поступления обращения. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью Тарифного соглашения с момента их подписания Сторонами.

61. В случае возникновения споров по Тарифному соглашению Стороны принимают меры по их разрешению путем переговоров между собой.

62. Приложения № 1 - 31 являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

Представители сторон, участвующие в Тарифном соглашении:

Министр



В.А. Елыкомов

Директор  
ТФОМС Республики Алтай

О.А. Корчуганова

Представитель от СМО -  
Директор административного  
структурного подразделения ООО «Капитал  
Медицинское Страхование»- филиал  
в Республике Алтай

В.А. Нешпор

Представитель региональной  
общественной организации  
«Ассоциация врачей Республики Алтай»

В.В. Убайчин

Председатель Алтайской республиканской  
организации профсоюза работников  
здравоохранения РФ

Е.Н. Григоренко