

Заместитель  
директора Департамента  
здравоохранения  
Курганской области



Е.В. Островских

Заместитель директора  
Территориального фонда  
обязательного медицинского  
страхования Курганской области  
по финансово-экономическим вопросам



О.Н. Кобзарь

Директор Филиала  
СМК «АСТРАМЕД-МС» (АО)  
в г. Курган



Е.В. Штин

Председатель  
Курганской областной организации  
профсоюза работников  
здравоохранения  
Российской Федерации



Е.А. Екимова

Председатель  
Курганской областной общественной организации  
«Ассоциация медицинских работников  
Курганской области»



Е.Ф. Чернов

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ  
ПО ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ  
НА 2022 год

г. Курган

## Раздел I. Общие положения

На основании части 2 статьи 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановления Правительства Курганской области от 13 марта 2012 года № 71 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Курганской области» (далее – тарифная комиссия) следующие представители сторон, включенные в состав тарифной комиссии

**от Департамента здравоохранения Курганской области:**

Островских Елена Викторовна - заместитель директора Департамента здравоохранения Курганской области - начальник управления лицензирования и организации медицинской помощи;

**от Территориального фонда обязательного медицинского страхования Курганской области (далее – ТФ ОМС Курганской области):**

Кобзарь Оксана Николаевна - заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Курганской области по финансово-экономическим вопросам;

**от страховых медицинских организаций:**

Штин Екатерина Викторовна - директор Филиала СМК «АСТРАМЕД-МС» (АО) в г. Курган;

**от медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:**

Чернов Владимир Федорович - председатель Курганской областной общественной организации «Ассоциация медицинских работников Курганской области»;

**от профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций):**

Екимова Елена Александровна - председатель Курганской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, именуемые в дальнейшем «Стороны», действующие в соответствии с:

- Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- Федеральным законом от 29.11.2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (далее – Программа);

- Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019г. № 108н;

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017г. № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее – Номенклатура);

- Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, одобренных решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Методические рекомендации);

- приказом Минздрава России от 13.03.2021 г. № 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»;

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020г. № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

- Законом Курганской области от 28.12.2021 г. № 159 «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Курганской области на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;

- постановлением Правительства Курганской области от 13.03.2012г. № 71 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Курганской области»;

- Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Курганской области медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Курганской области от 29.12.2021г. № 466 (далее – Территориальная программа);

- другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Курганской области,

заключили настоящее Тарифное соглашение по оплате медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования Курганской области на 2022 год (далее - Тарифное соглашение) о нижеследующем.

2. Предметом Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами тарифы по обязательному медицинскому страхованию на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи в Курганской области, размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, 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, направления расходования средств, признаваемые нецелевым использованием средств обязательного медицинского страхования, а также прочие положения по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам медицинскими организациями, имеющими право на осуществление медицинской деятельности и включенными в соответствии со статьей 15 Федерального закона от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ) в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Курганской области (далее – медицинские организации), в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденной Территориальной программой (далее – программа ОМС).

3. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона № 326-ФЗ, по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования, на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи.

4. Оплате за счет средств обязательного медицинского страхования подлежит объем предоставления медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории Курганской области, установленный для каждой медицинской организации решением комиссии, распределенный в объемном и финансовом выражении.

В случае превышения объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенных медицинской организации решением комиссии, медицинская организация обязана обратиться в комиссию с предложением о

перераспределении объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи.

5. Оплата медицинской помощи страховыми медицинскими организациями и ТФ ОМС Курганской области производится с учётом результатов контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, осуществляемого в соответствии с порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 13.03.2021 г. № 231н.

6. На территории Курганской области используются способы оплаты медицинской помощи, установленные программой ОМС. Установленные способы оплаты являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации программы ОМС.

## **Раздел II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Курганской области**

7. Применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам в рамках программы ОМС в Курганской области:

1) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

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

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

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

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

углубленной диспансеризации.

- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации (используется при оплате медицинской помощи, оказываемой

фельдшерскими и фельдшерско- акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 г. №543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" (далее – Приказ №543н));

2) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, 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);

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, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 5 Программы (далее – прерванный случай);

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-статистические группы заболеваний);

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, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, согласно приложению N 5 Программы.

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).

7.1. Способы оплаты медицинской помощи, используемые при оплате медицинской помощи, оказываемой каждой медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Курганской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи, приведены в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

8. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

8.1. Для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, при оказании медицинской помощи прикрепленному населению в плановой форме, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц осуществляется финансовое обеспечение:

- первичной доврачебной медико-санитарной помощи, оказываемой фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием, в том числе оказываемой с использованием мобильных медицинских комплексов (мобильный ФАП);

- первичной врачебной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами), в том числе оказываемой с использованием мобильных медицинских комплексов (мобильный ФАП);

- первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-специалистами медицинских организаций;

- профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 N 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «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»;

- оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает финансовые средства на оплату собственной деятельности медицинской организации (по видам медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках подушевого финансирования), а также средства на оплату внешних услуг, оказанных прикрепленным к данной МО застрахованным лицам в иных медицинских организациях - исполнителях (за единицу объема медицинской помощи).

Расчеты между медицинскими организациями осуществляются страховыми медицинскими организациями.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включается:

- а) объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Территориальной программой размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

- б) объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических

исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой в случае:

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

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

- положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации);

- в) объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой, за исключением объема средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах;

- г) объем средств, направляемых на оплату посещений по профилю «акушерство и гинекология»;

- д) объем средств, направляемых на оплату посещений по профилю «стоматология»;

- е) объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой центрами здоровья;

- ж) объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с Программой) предусмотренных приложением 2.1 настоящего Тарифного соглашения;

- з) объем средств, направляемых на оплату углубленной диспансеризации;

- и) объем средств, направляемых на оплату комплексных посещений по профилю «медицинская реабилитация».

Для всех медицинских организаций при оказании медицинской помощи гражданам, не прикрепленным к медицинской организации, финансовое обеспечение осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

Оплата неотложной медицинской помощи производится по тарифам за законченный случай, исходя из стоимости посещения (за исключением медицинской помощи в неотложной форме в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах).

Оплата медицинской помощи, оказанной по специальности «акушерство и гинекология», производится по тарифам за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

Оплата медицинской помощи, оказанной по специальности «стоматология», «ортodontия», производится по тарифам за законченный случай, исходя из стоимости УЕТ. Классификатор основных медицинских услуг при оказании стоматологической медицинской помощи представлен в приложении 2.7 к настоящему Тарифному соглашению.

При пересчете УЕТ в посещения используется переводной коэффициент - 3,0, в обращения – 8,7.

Тарифы за посещение и обращение включают расходы на посещение врача соответствующей специальности (среднего медицинского работника, ведущего самостоятельный прием) и расходы вспомогательных лечебно-диагностических подразделений на проведение необходимых диагностических исследований и лечебных процедур, за исключением услуг, на которые данным Тарифным соглашением установлены отдельные тарифы.

Оплата медицинской помощи в центрах здоровья производится по тарифам за

посещение.

Оплата медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» производится за комплексное посещение (законченный случай).

Оплата углубленной диспансеризации производится за комплексное посещение (законченный случай).

Оплата проведения профилактических осмотров и диспансеризации граждан, застрахованных вне территории Курганской области:

- диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в соответствии с приказом Минздрава России №72н от 15.02.2013 «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» производится за законченный случай проведения первого этапа диспансеризации (комплексное посещение), посещение при проведении второго этапа диспансеризации;

- диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в соответствии с приказом Минздрава России №216н от 11.04.2013 г. «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» производится за законченный случай проведения первого этапа диспансеризации (комплексное посещение), посещение при проведении второго этапа диспансеризации.

- профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в соответствии с приказом от 10.08.2017 N 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних" производится за законченный случай проведения профилактического медицинского осмотра (комплексное посещение), посещение при проведении второго этапа профилактического медицинского осмотра.

- профилактического медицинского осмотра и первого и второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе углубленной в соответствии приказом Минздрава России от 27.04.2021 N 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – Приказ № 404н) производится за законченный случай проведения профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации (комплексное посещение), посещение при проведении второго этапа диспансеризации.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются выполненными 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 N 2 к Приказу №404н.

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 №2 Программы.

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



При проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее одного года) медицинских осмотров, диспансеризации, подтвержденные медицинскими документами гражданина, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований и иных медицинских мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации.

При проведении полного комплекса мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации мобильными медицинскими бригадами к стоимости законченного случая применяется повышающий коэффициент 1,05.

При проведении полного комплекса мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации взрослого населения за один календарный день в субботу или воскресенье (являющимися выходными днями), при условии что случай является завершенным, оплата производится по отдельным тарифам учитывающим работу в выходные дни.

Оплата второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения осуществляется за осмотры (консультации) врачами-специалистами, исследования которые фактически проведены гражданину.

При проведении на втором этапе дополнительных консультаций, исследований, назначенных несовершеннолетнему, профилактический осмотр является завершенным, при этом оплачивается только прием врачей - специалистов.

Услуги диализа в амбулаторных условиях не оказываются.

8.2. При проведении диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, профилактических медицинских осмотров и медицинских осмотров, в случае отсутствия у медицинской организации лицензии на осуществление медицинской деятельности по отдельным видам работ (услуг), необходимых для проведения вышеуказанных мероприятий в полном объеме, или врачей – специалистов требуемых специальностей, медицинская организация (заказчик) заключает договор с иной организацией (исполнитель), имеющей лицензию на требуемые виды работ (услуг), о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению диспансеризации.

Включение исполнителем объемов медицинской помощи, оказанной при проведении диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, профилактических медицинских осмотров и медицинских осмотров в реестр счетов за оказанную медицинскую помощь, не допускается.

Оплата за телемедицинскую консультацию проведенную медицинской организацией не имеющей прикрепленного населения производится по тарифам:

- при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой;
- дистанционное взаимодействие врачей с пациентами и (или) их законными представителями.

8.3. Посещения в течение дня пациентом одного и того же врача учитывается как одно посещение (приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2003 года № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации»).

Отдельные медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях и определенные приложением 2.1 к настоящему Тарифному соглашению, в течение дня у одного и того же врача, подлежат учету и оплате в полном объеме, исключением является проведение в один день компьютерной или магнито-резонансной томографии с контрастированием нескольких анатомических зон, оплата производится по тарифу с контрастированием для одной зоны, для остальных зон используется тариф без контрастирования.

Одновременное выполнение компьютерной или магнито-резонансной томографии, дублирующей друг друга или смежных областей, попадающих в один срез, не допускается.

8.4. В случае организации круглосуточного оказания неотложной медицинской помощи без последующей госпитализации в стационар в травмпункте или в приемном покое круглосуточного стационара, соответствующая отметка в реестре оказанной медицинской помощи устанавливается медицинской организацией.

9. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара

9.1. Оплата медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара производится.

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

за прерванный случай оказания медицинской помощи;

по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи при оказании высокотехнологичной медицинской помощи (далее ВМП) утвержденному разделом 1 приложения 1 Программы;

за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

9.2. При определении срока лечения пациента день поступления в круглосуточный стационар и день выписки из круглосуточного стационара считаются за один койко-день.

Расчет срока лечения пациента при переводе в другое профильное отделение в условиях круглосуточного стационара осуществляется следующим образом:

- для переводящего отделения круглосуточного стационара – день поступления в круглосуточный стационар и день перевода считаются за один койко-день;

- для принимающего отделения круглосуточного стационара – день перевода из круглосуточного стационара и день выписки из круглосуточного стационара считаются за один койко-день.

9.3. При оказании медицинской помощи с проведением заместительной почечной терапии методами диализа пациентам с почечной недостаточностью оплата производится за услугу диализа дополнительно к стоимости КСГ, являющейся поводом для госпитализации или к стоимости случая оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Оплата производится за количество фактически выполненных услуг диализа в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

10. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров

10.1. Оплата медицинской помощи в условиях дневных стационаров всех типов в рамках программы ОМС производится:

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

за прерванный случай оказания медицинской помощи;

за услугу диализа при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание.

10.2. Виды дневных стационаров:

- дневной стационар при поликлинике;

- дневной стационар (отделение, палата) при больничном учреждении.

10.3. Особенности формирования КСГ для случаев проведения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в дневном стационаре предусмотрены Методическими рекомендациями.

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

10.4. При определении срока лечения пациента день поступления в дневной стационар и день выписки из дневного стационара считаются за два пациенто-дня.

10.5. Расчет срока лечения пациента при переводе в другое профильное отделение в условиях дневного стационара осуществляется также, как в условиях круглосуточного стационара.

10.6. При проведении процедуры диализа в условиях дневного стационара оплата производится за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, с учетом фактически выполненных процедур. За законченный случай в условиях дневного стационара принимается один месяц.

10.7. Особенности формирования КСГ для оплаты лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите С в дневном стационаре представлен в Методических рекомендациях.

11. Сведения о применении способов оплаты скорой медицинской помощи

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации производится:

- по подушевому нормативу финансирования за скорую медицинскую помощь, оказанную вне медицинской организации гражданам, застрахованным на территории Курганской области и прикрепленным к медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь.

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 скорой (специализированной) медицинской помощи, оказываемой в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

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

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой гражданам застрахованным за пределами Курганской области.

Оплата вызова бригады скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии, осуществляется по стоимости вызова с проведением тромболитической терапии.

Оплата вызова бригады скорой медицинской помощи к гражданам, не прикрепленным к медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, осуществляется по стоимости вызова бригады скорой медицинской помощи.

Расчеты между медицинскими организациями осуществляются страховыми медицинскими организациями.

При оплате скорой медицинской помощи за прикрепленное население принимается:

- для ГБУ «Курганская больница скорой медицинской помощи» - застрахованное население, прикрепленное к медицинским организациями г. Кургана и к ГБУ «Кетовская ЦРБ»,

- для ГБУ «Шадринская больница скорой медицинской помощи» - застрахованное население, прикрепленное к медицинским организациям г. Шадринска и к ГБУ «Шадринская ЦРБ».

- для остальных центральных районных больниц, имеющих в своем составе отделение скорой медицинской помощи – прикрепленное к ним застрахованное население.

12. Медицинская помощь с пересечением сроков лечения не подлежащая оплате.

- Амбулаторные посещения, услуги в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре, кроме:

дня поступления и выписки из стационара;  
 телемедицинской консультации.

- Амбулаторные посещения, услуги (кроме профиля «стоматология») в период пребывания застрахованного лица в условиях дневного стационара, кроме:

дня поступления и выписки из дневного стационара;  
 телемедицинской консультации;  
 проведения услуг гемодиализа;  
 противоопухолевого лечения;  
 лечения вирусного гепатита С (ds 12.005 и ds 12.010);  
 медицинской помощи при проведении ЭКО (ds02.008- ds02.011);  
 консультаций в других медицинских организациях.

- Госпитализация в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре, кроме:

дня поступления и выписки из стационара;  
 проведения услуг гемодиализа;  
 медицинской помощи при проведении ЭКО (ds02.008- ds02.011).

- Несколько случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу с пересечением или совпадением сроков лечения.

- Проведение компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии в день поступления и выписки из круглосуточного стационара при условии, если помощь оказана одной и той же медицинской организацией.

13. Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в других субъектах Российской Федерации.

13.1. Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в других субъектах Российской Федерации, в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования, производится в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 N 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

13.2. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в других субъектах Российской Федерации, в рамках программы ОМС, производится по тарифам за единицу объема медицинской помощи, утвержденным Тарифным соглашением.

13.3 Оплата медицинской помощи гражданам, не застрахованным в сфере обязательного медицинского страхования Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования не производится.

### **Раздел III. Тарифы на оплату медицинской помощи, применяемые в Курганской области**

14. Размер среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц в части **медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях** составляет 5 722,19 рублей.

Значение базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, исключаяющего влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах – 2 299,46 рублей.

В приложении 2.2 «Порядок определения дифференцированных подушевых нормативов» указаны значения применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, учитывающие:

- половозрастной состав обслуживаемого населения, уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, включая оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше;

- наличие 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;

- проведение медицинской организацией профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц;

- значения коэффициента уровня медицинской организации, применяемых к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

Также приложением 2.2 установлены фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи для для i-той медицинской организации.

Средние (базовые) нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Территориальной программой составляют:

- на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 2 227,57 рублей;

- на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний – 2 754,21 рубля, в том числе углубленная диспансеризация – 1 124,34 рубля.

- на 1 посещение с иными целями – 363,55 рубля;

- на 1 обращение по поводу заболевания – 1 767,78 рублей;

- на 1 диагностическое (лабораторное) исследование:

компьютерная томография – 2 808,92 рублей;

магнитно-резонансная томография – 3 950,35 рублей;

ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы 543,77 рубля;

эндоскопическое диагностическое исследование – 1 020,25 рублей;

молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний – 9 029,84 рублей;

патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностирования онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой терапии – 2 233,61 рубля;

тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 663,56 рубля;

- на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме – 788,64 рублей;

- на 1 обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю "медицинская реабилитация" – 20 372,87 рубля.

Приложением 2.4 «Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско - акушерских пунктов» установлены размеры базового норматива финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, а так же значения 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.

Размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации, рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\text{ФАП}}^i = \sum_n (Ч_{\text{ФАП}}^n \times \text{БНФ}_{\text{ФАП}}^n \times \text{КС}_{\text{БНФ}}^n), \text{ где:}$$

$OC_{\text{ФАП}}^i$	размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в $i$ -той медицинской организации;
$Ч_{\text{ФАП}}^n$	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);
$БНФ_{\text{ФАП}}^n$	базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов $n$ -го типа;
$КС_{\text{БНФ}}^n$	коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом №543н.

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

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

$OC_{\text{ФАП}}^j$	фактический размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта;
$OC_{\text{ФАПнг}}^j$	размер средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта с начала года;
$n_{\text{МЕС}}$	количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

Руководитель медицинской организации в течение 5 рабочих дней обязан уведомить Тарифную комиссию об изменениях, влияющих на размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

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

Размеры тарифов на оплату амбулаторной медицинской помощи определены следующими приложениями к настоящему Тарифному соглашению:

Приложение 2 «Стоимость единицы объема амбулаторной медицинской помощи»;

Приложение 2.1 «Стоимость диагностических услуг, исследований»;

Приложение 2.5 «Стоимость законченного случая при проведении профилактических мероприятий взрослого населения»;

Приложение 2.5.1 «Стоимость исследований и медицинских вмешательств, включенных в углубленную диспансеризацию»;

Приложение 2.6 «Стоимость законченного случая при проведении профилактических мероприятий детского населения»;

Приложение 2.3 «Показатели результативности деятельности медицинских организаций».

15. Перечень групп КСГ, коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициенты специфики, доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости отдельных КСГ, используемых для **оплаты медицинской помощи оказанной в условиях круглосуточного стационара** определены приложением 3 «Клинико - статистические группы заболеваний, коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициенты специфики, доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости отдельных КСГ, используемые при оплате медицинской помощи оказанной в условиях круглосуточного стационара» к настоящему Тарифному соглашению.

Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях составляет – 41 232,67 рублей;

Значения коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара к базовой ставке, исключая влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи и коэффициента сложности лечения пациентов, составляет 65% от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, установленного территориальной программой.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации программы ОМС в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях в расчете на одно застрахованное лицо составляет - 6 390,79 рублей.

Размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара, включенного в КСГ (базовая ставка) составляет – 26 801,24 рублей.

Размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка) составляет – 24 254,52 рублей.

Значения коэффициента сложности лечения пациента (далее – КСЛП):

1) при предоставлении спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний), за исключением случая, указанного в подпункте 2 настоящего пункта, - 0,20;

2) при предоставлении спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний), получающих медицинскую помощь по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология», - 0,60;

3) при оказании медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра и за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки - 0,20;

4) при развертывании индивидуального поста - 0,20;

5) при наличии у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации, - 0,60;

6) при проведении сочетанных хирургических вмешательств или проведении однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций:

уровень 1 - 0,05;

уровень 2 - 0,47;

уровень 3 - 1,16;

уровень 4 - 2,07;

уровень 5 - 3,49;

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи значения коэффициента сложности лечения пациента применяются к размеру базовой ставки, скорректированному с учетом коэффициента дифференциации;

7) для случаев, не указанных в подпунктах 1 - 6 настоящего пункта - 0.

Особенности оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара с применением КСЛП при оказании специализированной медицинской помощи приведены в Методических рекомендациях.

В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

Значения коэффициентов уровня (подуровня) медицинских организаций оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях:

уровень 1 – 0,9;

уровень 2 – 1,05;

подуровень 3.1 - 1,16;

подуровень 3.2 - 1,27;

подуровень 3.3 - 1,28.

Отнесение медицинских организаций к уровням, подуровням медицинских организаций утверждено приложением 5 «Уровни оказания медицинской помощи в разрезе профилей и врачебных специальностей» к настоящему Тарифному соглашению.

Приложением 3.1 «Норматив финансовых затрат на единицу объема при оказании высокотехнологичной медицинской помощи» установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления ВМП по перечню ВМП, установленному в Территориальной программе, в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления ВМП, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, а так же приведенной в Программе доли заработной платы в структуре затрат на оказание ВМП.

16. Перечень групп КСГ, коэффициенты относительной затратно-стоимости, коэффициенты специфики, доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости отдельных КСГ, используемых для **оплаты медицинской помощи оказанной в условиях дневного стационара** определены приложением 4 «Клинико-статистические группы заболеваний, коэффициенты относительной затратно-стоимости, коэффициенты специфики, доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости отдельных КСГ, используемые при оплате медицинской помощи оказанной в условиях дневного стационара» к настоящему Тарифному соглашению.

Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара составляет – 25 628,00 рублей;

Значения коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара к базовой ставке, исключая влияние применяемых коэффициентов относительной затратно-стоимости и специфики оказания медицинской помощи и коэффициента сложности лечения пациентов, составляет 60% от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара, установленного Территориальной программой.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации программы ОМС в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара в расчете на одно застрахованное лицо составляет - 1 748,99 рублей.

Размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара, включенного в КСГ (базовая ставка) составляет – 15 376,80 рублей.

Размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка) составляет – 13 915,66 рублей.

При оплате медицинской помощи в условиях дневного стационара коэффициент уровня медицинской организации не устанавливается.

17. Особенности оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в



условиях круглосуточного и дневных стационаров отражены в Методических рекомендациях.

В соответствии с Программой к прерванным случаям относятся:

- 1). случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
- 2). случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
- 3). случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
- 4). случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
- 5). случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;
- 6). случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;
- 7). случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
- 8). законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным в таблице 1 Приложения 6 Методических рекомендаций.

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, и не соответствует критериям оплаты случая лечения по 2 КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию прерванности 2 не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ по основаниям 2-6 пункта 4.3 настоящего раздела Методических рекомендаций, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4.

Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения по основаниям 1-7) по КСГ, перечисленным в Приложении 5 к Программе и таблице 1 Приложения 6 Методических рекомендаций, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основанию 8 и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

Размеры оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям 1-6 и 8, уменьшаются:

- на 70 процентов – при длительности лечения до 3 дней;
- на 50 процентов – при длительности лечения от 3 до 5 дней;
- на 20 процентов – при длительности лечения более 5 дней.

Признак прерванного случая лечения устанавливается медицинской организацией в медико-технологическом листе.

18. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях и определения полноты выполнения схем лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям прерванности) в следующих случаях:

1. При условии проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике;
2. При условии снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или

увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (при этом общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

- снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- увеличение интервала между введениями произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

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.

Все остальные случаи (в том числе случаи проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) являются прерванными и оплачиваются в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

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).

19. Стоимость одного случая госпитализации в круглосуточном и дневном стационарах (ССкsg) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов, порядок оплаты которых установлен Разделом 4.8.1 Методических рекомендаций) определяется по следующей формуле:

$$СС \text{ ксг} = БС \times (КЗ \text{ ксг} \times КС \text{ ксг} \times КУС \text{ мо} \times КСЛП), \text{ где}$$

БС размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), рублей;

КЗ ксг коэффициент относительной затратноемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;

КС ксг коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

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

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП)

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

$$ССкsg = БС \times КЗкsg \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КС \text{ ксг} \times КУС \text{ мо} \times КД) + БС \times КД \times КСЛП, \text{ где}$$

БС размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;

КЗ ксг	коэффициент относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации
Дзп	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением 3 к Программе значение, к которому применяется КД и ПК);
КС ксг	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
КУСмо	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

Описание алгоритмов формирования различных КСГ с учетом установленных критериев группировки, подходы к установлению поправочных коэффициентов, особенности формирования отдельных КСГ в условиях круглосуточного и дневного стационаров, расшифровка групп в соответствии с МКБ 10 и Номенклатурой, в том числе правила учета классификационных критериев представлены в Методических рекомендациях.

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги представлен в Методических рекомендациях.

Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

При переводе 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.

Особенности оплаты по двум КСГ представлена в Методических рекомендациях.

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

Особенности оплаты случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту отражены в Методических рекомендациях.

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, являющимися классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

После оказания в медицинской организации ВМП, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания

специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии наименования вида ВМП, кодов МКБ 10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным Программой перечнем видов ВМП, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения ВМП (далее – Перечень ВМП). 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.

При оказании в рамках одного пролеченного случая специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской реабилитации оплата производится по каждому случаю: специализированной медицинской помощи и медицинской реабилитации – по КСГ, высокотехнологичной медицинской помощи – по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи.

Оплата случаев лечения 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».

Для КСГ st37.001-st37.013, st37.021-st37.023 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 (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с установленной маршрутизацией. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Шкала реабилитационной маршрутизации установлена порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н.

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 продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. 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 получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

Стоимость КСГ, предусматривающих медицинскую реабилитацию пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (st37.001-st37.003, ds37.001-ds37.002) увеличена с учетом возможности применения ботулинического токсина.

При этом введение ботулинического токсина для данных КСГ не является обязательным. 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.

При оказании медицинской помощи с проведением заместительной почечной терапии методами диализа пациентам с почечной недостаточностью оплата

производится за услугу диализа дополнительно или при необходимости к стоимости КСГ, являющейся поводом для госпитализации или к стоимости случая оказания ВМП, по тарифам, установленным приложением 6 «Стоимость услуг диализа» к настоящему Тарифному соглашению.

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

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии по профилю "Онкология" 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.).

Особенности формирования КСГ по профилю "Онкология" представлены в Методических рекомендациях.

Особенности формирования КСГ для оплаты случаев лечения сепсиса, оказания медицинской помощи при эпилепсии, лечения неврологических заболеваний с применением ботулотоксина, особенности формирования отдельных КСГ, объединяющих случаи лечения болезней системы кровообращения, формирования КСГ по профилям «Офтальмология», «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)», «Комбустиология», особенности формирования КСГ «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов», «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции», особенности оплаты медицинской помощи при отморожениях, отмирании и трансплантации органов и тканей, особенности формирования реанимационных и реабилитационных КСГ, особенности формирования КСГ st36.013-st36.015 для случаев проведения антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами, особенности формирования КСГ для случаев лечения дерматозов, а также лечения соматических заболеваний, осложненных старческой астенией представлены в Методических рекомендациях.

Особенности формирования КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован» и формирования КСГ для случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 (st12.015-st12.019) представлены в Методических рекомендациях.

Правила оплаты госпитализаций в случае перевода на долечивание пациента с коронавирусной инфекцией COVID-19:

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

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

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

20. Размер среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц применяемого при **оплате скорой медицинской помощи**, оказанной вне медицинской организации составляет 901,50 рублей.

Размер базового подушевого норматива финансирования, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, исключая влияние применяемых коэффициентов уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи составляет 798,67 рублей.

Приложением 2.2 «Порядок определения дифференцированных подушевых нормативов» установлены значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи групп медицинских организацией к базовому подушевому нормативу финансирования, учитывающего половозрастной состав обслуживаемого населения; базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации.

Размер тарифов на оплату скорой медицинской помощи определен следующими приложением 7 «Стоимость вызова бригады скорой медицинской помощи» к настоящему Тарифному соглашению.

Средний (базовый) норматив финансовых затрат на 1 вызов скорой медицинской помощи составляет 3 187,59 рубля.

21. 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, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В соответствии с п.5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" пациент имеет право на получение лечебного питания в случае его нахождения на лечении в стационарных условиях.

22. Расходы на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда определяются исходя из потребности в количестве персонала медицинской организации в соответствии с действующей системой оплаты труда, в пределах фонда оплаты труда, установленного структурой тарифа.

Расходы на оплату труда включают так же финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

- 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 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.

23. Расходы на оплату работ и услуг по содержанию имущества производятся за исключением расходов на проектно-сметную документацию, строительного контроля, капитальный ремонт и расходов по содержанию жилищного фонда.

24. Расходы на оказание транспортных услуг не включают расходы на транспортировку пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи методом заместительной почечной терапии и обратно.

25. Расходы на лекарственное обеспечение при оказании медицинской помощи предусматривают расходы:

- на приобретение лекарственных препаратов для обезболивания при проведении лечебно-диагностического вмешательства, для обработки ран или инфицированных тканей, для диагностических исследований при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в соответствии со стандартами медицинской помощи;

- на приобретение медицинских газов;

- на приобретение лекарственных препаратов в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утверждаемым распоряжением Правительства Российской Федерации (далее по тексту - «Перечень») необходимых для оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, медицинской помощи в условиях дневных стационаров всех типов, скорой медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях (без учета расходов, связанных с приобретением иммунобиологических лекарственных препаратов).

26. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях, в условиях дневных стационаров всех типов, в условиях круглосуточного стационара, скорой медицинской помощи осуществляется в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

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

27. Расходование средств ОМС медицинской организацией осуществляется согласно структуры тарифа на 2022 г., рекомендованной в целях их эффективного использования (приложение 9 к настоящему Тарифному соглашению) с учетом остатка средств ОМС на лицевом счете медицинской организации по состоянию на 01.01.2022 г.

28. Медицинские организации ведут отдельный учет доходов и расходов по условиям оказания медицинской помощи - 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), а также медицинской реабилитации.

#### **Раздел IV. Размер неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

29. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Курганской области осуществляется в соответствии с Порядком проведения контроля объемов,

сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденным приказом Минздрава России от 13.03.2021 г. № 231н.

30. В соответствии со статьей 40 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 указанного федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Финансовые санкции, применяемые к медицинским организациям по результатам контроля, утверждены пунктом 154 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019г. №108н и установлены приложением 8 к настоящему Тарифному соглашению.

31. В случае невыполнения медицинской организацией объемов медицинской помощи, определенных Территориальной программой, выплата заработной платы и оплата других статей, включенных в территориальные нормативы финансовых затрат на невыполненный объем не являются обязательством системы ОМС.

## **Раздел V. Заключительные положения**

32. Настоящее Тарифное соглашение заключено 30.12.2021 года., вступает в силу с 01.01.2022 г. и действует по 31.12.2022 г.

33. Любые изменения и дополнения к Тарифному соглашению действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон. Приложения к Тарифному соглашению составляют его неотъемлемую часть.

34. Тарифной комиссией может быть принято решение об индексации тарифов на оплату медицинской помощи медицинской организации, предусматривающее уменьшение или увеличение тарифов в размере, установленном тарифной комиссией.

35. Нецелевым использованием средств обязательного медицинского страхования медицинской организацией является:

- возмещение гражданам расходов за оказанные медицинские услуги, в т.ч. при рассмотрении заявлений (обращений) граждан на возмещение затрат на приобретение лекарственных средств, изделий медицинского назначения (расходных материалов) за личные денежные средства;

- возмещение расходов, не включенных в состав тарифа на оплату медицинской помощи в рамках программы ОМС;

- содержание структурных подразделений (служб), финансируемых за счет средств бюджетов соответствующих уровней;

- расходование средств ОМС при отсутствии подтверждающих документов;

- расходование средств ОМС сверх норм, установленных соответствующими министерствами и ведомствами;

- оплата собственных обязательств и долгов, не связанных с деятельностью по ОМС;

- направление средств ОМС и оплата денежных обязательств в целях, не соответствующих полностью или частично целям, определенным нормативными и (или) правовыми актами, иным документом, являющимися правовым основанием предоставления указанных средств.

36. Медицинские организации представляют в ТФ ОМС Курганской области:

- сметно-штатную документацию, утвержденную руководителем медицинской организации, - в течение 30 дней с даты опубликования Территориальной программы;



- отчетные формы, утвержденные приказами Министерства здравоохранения РФ, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Госкомстата России, ТФ ОМС Курганской области, в сроки, определенные вышеуказанными приказами.

Приложения:

1 Перечень медицинских организаций и сведения о применяемых способах оплаты медицинской помощи;

2 Стоимость единицы объема амбулаторной помощи;

2.1 Стоимость диагностических услуг, исследований;

2.2 Порядок определения дифференцированных подушевых нормативов на территории Курганской области;

2.3 Показатели результативности деятельности медицинских организаций;

2.4 Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско - акушерских пунктов;

2.5 Стоимость законченного случая при проведении профилактических мероприятий взрослого населения;

2.5.1. Стоимость исследований и медицинских вмешательств, включенных в углубленную диспансеризацию;

2.6 Стоимость законченного случая при проведении профилактических мероприятий детского населения;

2.7 Классификатор основных медицинских услуг при оказании стоматологической медицинской помощи;

3 Клинико - статистические группы заболеваний, коэффициенты относительной затратноемкости, коэффициенты специфики, доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости отдельных КСГ, используемые при оплате медицинской помощи оказанной в условиях круглосуточного стационара;

3.1 Норматив финансовых затрат на единицу объема при оказании высокотехнологичной медицинской помощи;

4 Клинико - статистические группы заболеваний, коэффициенты относительной затратноемкости, коэффициенты специфики, доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости отдельных КСГ, используемые при оплате медицинской помощи оказанной в условиях дневного стационара;

5 Уровни оказания медицинской помощи в разрезе профилей и врачебных специальностей;

6 Стоимость услуг диализа;

7 Стоимость вызова бригады скорой медицинской помощи;

8 Перечень финансовых санкций, применяемых к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

9 Структура тарифа по обязательному медицинскому страхованию.