

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
НА ТЕРРИТОРИИ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
НА 2023 ГОД**

г. Екатеринбург

28 декабря 2022

Министерство здравоохранения Свердловской области в лице министра Карлова А.А., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области в лице заместителя директора по экономике Кузьминых Л.Ю., страховые медицинские организации в лице Екатеринбургского филиала акционерного общества «Страховая компания «СОГАЗ-МЕД» Старшинова С.Б., медицинские профессиональные некоммерческие организации в лице директора Союза медицинского сообщества «Медицинская Палата Свердловской области» Коноваловой Г.В., профессиональные союзы медицинских работников или их объединений (ассоциаций) в лице председателя Свердловской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Угринова С.А., в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», в соответствии с

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

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

Постановлением Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»,

Приказом Министерства финансов Российской Федерации от 29.11.2017 № 209н «Об утверждении Порядка применения классификации операций сектора государственного управления»,

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»,

Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования,

Письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов»,

Постановлением Правительства Свердловской области «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов»,

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

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.05.2019 № 302н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях»

заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Предмет тарифного соглашения

Предметом настоящего Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами способы и условия оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями застрахованным лицам в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Свердловской 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.

2. Список сокращений

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь;

ЖНВЛП – жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты;

ЗАТО – закрытое административно-территориальное образование;

Комиссия – комиссия по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Свердловской области;

КОСГУ – классификация операций сектора государственного управления;

КСГ – клинико-статистическая группа;

МЗ СО – Министерство здравоохранения Свердловской области;

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр);

МО – медицинская организация;

МЭК – медико-экономический контроль;

МЭЭ – медико-экономическая экспертиза;

Номенклатура – перечень медицинских услуг, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н;

ОВП – общая врачебная практика;

ОМС – обязательное медицинское страхование;

ОСМП – отделение скорой медицинской помощи медицинской организации;

Правила – правила обязательного медицинского страхования, утвержденные Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н;

Программа – Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области;

Программа ОМС – Территориальная программа обязательного медицинского страхования, утверждаемая в составе Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области;

СМО – страховая медицинская организация;

СМП – скорая медицинская помощь;

ССМП – станция скорой медицинской помощи;

ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области;

УЕТ – условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи;

ФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;

ФП/ФАП – фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт;

ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи;

ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение.

3. Основные термины и понятия

Базовая ставка финансирования медицинской помощи в круглосуточном стационаре – средний объем финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оплачиваемой на основе КСГ, в расчете на одного пролеченного пациента, определенный с учетом норматива финансового обеспечения, установленного Программой ОМС (без учета поправочных коэффициентов, применяемых при оплате по КСГ).

Базовая ставка финансирования медицинской помощи в дневном стационаре – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в расчете на одного пролеченного пациента, определенный с учетом норматива финансового обеспечения, установленного Программой ОМС (без учета поправочных коэффициентов, применяемых при оплате по КСГ).

Базовый подушевой норматив на прикрепившихся лиц – объем финансирования первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по видам, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц, в расчете на одно, застрахованное в Свердловской области, лицо.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи – объем финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в расчете на одно, застрахованное в Свердловской области, лицо.

Внешние медицинские услуги – консультации врачей-специалистов, профилактические, диагностические, лечебные медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях застрахованным по ОМС лицам, не прикрепленным к МО-исполнителю.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи – ежемесячный объем финансирования конкретной МО в расчете на одно прикрепившееся застрахованное лицо.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи – ежемесячный объем финансирования станции (отделения) скорой медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в зоне обслуживания.

Законченный случай лечения в круглосуточном стационаре (дневном стационаре) – совокупность медицинских услуг, оказанных пациенту от даты поступления до даты выписки, в соответствии с порядками и/или на основе стандартов оказания медицинской помощи с целью профилактики, медицинской реабилитации, диагностики и лечения заболеваний (в том числе выполнения

хирургических операций) и состояний (включая беременность, роды и послеродовый период).

Законченный случай лечения заболевания по клинко-статистическим группам (КСГ) при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях – предоставление медицинской помощи по заболеванию, включенному в КСГ с оказанием услуг, предусмотренных стандартами и порядками оказания медицинской помощи, с первичного обращения до достижения клинического результата, при отсутствии необходимости повторного обращения.

Законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях – совокупность посещений и медицинских услуг, предоставляемых пациенту при его обращении в медицинскую организацию, при котором цель обращения за медицинской помощью достигнута.

Клинко-статистическая группа (КСГ) – группа клинически однородных случаев лечения, 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).

Коэффициент дифференциации – коэффициент, отражающий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для отдельных территорий Свердловской области, рассчитанный в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

Коэффициент дифференциации подушевого норматива – коэффициент, учитывающий различия в затратах МО на организацию и оказание медицинской помощи (с учетом половозрастной структуры, особенности расселения и плотности населения, транспортной доступности, уровня и структуры заболеваемости населения, климатических и географических особенностей, в том числе деятельности на территории ЗАТО и на территории населенных пунктов, расположенных в местностях с особыми климатическими условиями (в границах административно-территориальных единиц: Ивдель, Карпинск, Краснотурьинск, Североуральск, Гаринский и Таборинский муниципальные районы), достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Свердловской области, наличия в структуре подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах).

Коэффициент относительной затратоемкости по клинко-статистической группе заболеваний – отношение стоимости конкретной клинко-статистической группы заболеваний к базовой ставке финансирования (устанавливается Тарифным соглашением, учитывает стоимость усредненного

набора медицинских услуг, входящих в стандарты медицинской помощи/предусмотренных порядками оказания медицинской помощи при заболеваниях, входящих в группу).

Коэффициент подуровня – поправочный коэффициент, учитывающий различия в затратах медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи (обусловленный объективными причинами).

Коэффициент половозрастных затрат – коэффициент, учитывающий уровень потребления первичной медико-санитарной помощи лицами, застрахованными в Свердловской области, в разрезе половозрастных групп населения.

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

Коэффициент специфики – поправочный коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ, а также позволяющий корректировать подушевой норматив финансирования амбулаторной и скорой медицинской помощи (с учетом половозрастной структуры прикрепленного (обслуживаемого) населения, особенностей расселения и плотности населения на территории обслуживания, транспортной доступности, уровня и структуры заболеваемости прикрепленного (обслуживаемого) населения, климатических и географических особенностей, в том числе деятельности на территории ЗАТО и на территории населенных пунктов, расположенных в местностях с особыми климатическими условиями (в границах административно-территориальных единиц: Ивдель, Карпинск, Краснотурьинск, Североуральск, Гаринский и Таборинский муниципальные районы), достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Свердловской области, наличия в структуре подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах).

Коэффициент уровня – поправочный коэффициент, учитывающий различия в затратах в зависимости от уровня оказания медицинской помощи.

Медицинская организация-исполнитель (МО-исполнитель) – организация, участвующая в реализации Программы ОМС, оказывающая медицинские услуги застрахованным лицам, не прикрепленным к данной МО (внешние медицинские услуги), либо организация, не имеющая прикрепленного населения.

Медицинские организации, имеющие прикрепленное население – МО, участвующие в реализации Программы ОМС, имеющие прикрепленных по территориально-участковому принципу лиц, застрахованных по ОМС в Свердловской области, оплата медицинской помощи которым осуществляется по

дифференцированному подушевому нормативу на прикрепившихся лиц (является МО-исполнителем в случае оказания медицинских услуг неприкрепленному населению).

Медицинские организации, не имеющие прикрепленного населения – МО, участвующие в реализации Программы ОМС, организационная структура которых не предусматривает наличие территориально-участкового принципа обслуживания населения (фельдшерских, терапевтических (в том числе цеховых), врача общей практики (семейного врача), комплексных, приписных участков).

Незаконченный случай лечения при оказании стоматологической помощи – случай оказания медицинской помощи по заболеванию, включенному в КСГ с недостигнутым результатом лечения.

Поправочные коэффициенты – коэффициенты, применяемые к базовой ставке финансирования при расчете стоимости конкретного случая лечения по КСГ в условиях круглосуточного и дневного стационаров (коэффициент специфики, коэффициент уровня/подуровня медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациента).

Прерванный случай оказания медицинской помощи – случай оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара и/или дневного стационара при прерывании лечения по медицинским показаниям, переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменении условий оказания медицинской помощи с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном 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, переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, выписке пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения).

Прикрепленные застрахованные – застрахованные лица, включенные в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц, прикрепленные к МО для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом положений статьи 21 Федерального закона № 323-ФЗ.

Размер финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов – средний размер финансового обеспечения ФП/ФАП, установленный Программой ОМС в зависимости от численности обслуживаемого (прикрепленного) населения, при условии их соответствия требованиям,

установленным нормативным правовым актом Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также средний размер финансового обеспечения ФП/ФАП, обслуживающих менее 100 и более 2000 жителей.

Тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС – система ставок, определяющих размер оплаты за единицу объема медицинской помощи (обращение, законченный/прерванный случай лечения, посещение, комплексное посещение, вызов скорой медицинской помощи, услуга), на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к медицинской организации застрахованных лиц, и состав компенсируемых расходов МО по оказанию медицинской помощи, предусмотренной Программой ОМС.

Установленный объем медицинской помощи – годовой объем медицинской помощи по условиям ее оказания, выраженный в единицах объема (вызов, посещение, обращение, услуга, исследование, случай госпитализации в условиях стационара, случай лечения в условиях дневного стационара), установленный для МО решением Комиссии с разбивкой по кварталам.

4. Общие положения о предоставлении и оплате медицинской помощи

4.1. Источником финансового обеспечения тарифов на медицинскую помощь являются средства, определенные Законом Свердловской области «О бюджете государственного внебюджетного Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области на 2023 год и плановый период 2024 и 2025 годов» на финансирование Программы ОМС.

4.2. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС рассматриваются Комиссией, устанавливаются настоящим Тарифным соглашением и являются его неотъемлемой частью. С целью поддержания системы ОМС в состоянии финансового равновесия, при изменении соотношения доходной и расходной части бюджета ТФОМС, может производиться изменение размера действующих тарифов.

4.3. Формирование тарифов, включая их размер и структуру, осуществляется по условиям оказания медицинской помощи, в соответствии со способами оплаты и средними нормативами финансовых затрат, установленными Программой ОМС.

4.4. Тарифы рассчитываются в соответствии с методикой расчета, установленной Правилами, на основе стандартов и порядков оказания медицинской помощи и являются едиными для МО, независимо от организационно-правовой формы, оказывающих медицинскую помощь при конкретном заболевании или состоянии в рамках Программы ОМС.

4.5. Тарифы на оплату медицинской помощи являются приложением к настоящему Тарифному соглашению, выражаются в денежном эквиваленте и оформляются справочником тарифов в электронном виде.

4.6. Стоимость законченного/прерванного случая лечения является

расчетной с округлением до двух знаков и определяется в соответствии с размером установленных базовых ставок и коэффициентов.

4.7. Тарифы на медицинскую помощь устанавливаются с учетом коэффициентов дифференциации:

1,140 – для оплаты медицинской помощи, оказываемой отделениями МО, осуществляющими деятельность на территории населенных пунктов, расположенных в границах административно-территориальных единиц: город Ивдель, Карпинск, Краснотурьинск, Североуральск, Гаринский и Таборинский муниципальные районы;

1,105 – для оплаты медицинской помощи, оказываемой МО, расположенными на территории Свердловской области, кроме расположенных в границах административно-территориальных единиц: город Ивдель, Карпинск, Краснотурьинск, Североуральск, Гаринский и Таборинский муниципальные районы.

4.8. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, производится в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи, в пределах объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по условиям ее оказания и распределенных между МО и СМО, с учетом результатов контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи.

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

4.10. При формировании реестров счетов на оплату за оказанную медицинскую помощь применяются тарифы, действующие на дату завершения случая лечения, указанную в медицинской документации (история болезни, талон амбулаторного пациента и т.д.).

4.11. Оплата специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП, в плановой форме осуществляется при наличии направления лечащего врача или врача-специалиста амбулаторно-поликлинической службы, информация о котором подлежит обязательному заполнению в соответствующем поле реестра счетов.

4.12. Оплата отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) в амбулаторных условиях производится в пределах объемов, установленных Решением Комиссии, при наличии направления от врача, оказывающего первичную медико-санитарную, в том числе первичную

специализированную помощь, в соответствии с порядком направления на такие исследования, утвержденным МЗ СО.

4.13. 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 медицинская помощь, в том числе ВМП, может быть оказана в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям по профилю «Детская онкология», в случаях и при соблюдении условий, установленных порядком оказания медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

5. При реализации Программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи

5.1. 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 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), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации¹ (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.

¹ Перечень показателей результативности деятельности устанавливается Министерством здравоохранения

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

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

– медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не

имеющих прикрепившихся лиц;

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

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

- профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения.

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).

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

- 1) за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ, группу ВМП), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

- 2) за прерванный случай госпитализации, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа в случаях:

- прерывания лечения по медицинским показаниям;
- перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
- изменения условий оказания медицинской помощи 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 отдельных случаев оказания медицинской помощи по перечню групп заболеваний, для которых установлены значения в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 20 к настоящему Тарифному соглашению.

5.3. При оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара:

1) за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ, группу ВМП), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

2) за прерванный случай оказания медицинской помощи, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа в случаях:

- прерывания лечения по медицинским показаниям;
- перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
- изменения условий оказания медицинской помощи 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;

3) выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением отдельных случаев оказания медицинской помощи по перечню групп заболеваний, для которых установлены

значения в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 27 к настоящему Тарифному соглашению.

5.4. 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).

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

6.1. Перечень МО и их отделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с указанием применяемого способа оплаты, приведен в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень ФП/ФАП, входящих в структуру медицинских организаций, приведен в приложении 12 к настоящему Тарифному соглашению.

6.2. Медицинские организации/структурные подразделения МО, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в соответствии с нормативными документами МЗ СО, определяющими маршрутизацию пациентов, распределяются по уровням оказания медицинской помощи:

уровень 1:

- отделения в составе МО, оказывающие первичную (доврачебную, врачебную, специализированную) медико-санитарную помощь в пределах одного муниципального образования, а также внутригородского района (в центральных районных больницах, городских, районных, участковых больницах, городских поликлиниках);

- приемные отделения стационаров, вне зависимости от уровня стационара;

уровень 2:

- отделения в составе МО, оказывающие в том числе специализированную медико-санитарную помощь населению нескольких муниципальных образований/городских округов (в условиях консультативно-диагностического отделения, кабинета) по перечню специальностей в соответствии с маршрутизацией потока пациентов;

- консультативно-диагностические поликлиники, не имеющие

прикрепленного населения, оказывающие специализированную консультативную медико-санитарную помощь в пределах Свердловской области и/или в пределах нескольких субъектов РФ.

6.3. Финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи в МО, имеющих прикрепившихся лиц, осуществляется по подушевому нормативу финансирования, за исключением: медицинской помощи, финансируемой в соответствии с нормативами, установленными Программой ОМС; видов медицинской помощи, не включенных в базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц в соответствии с решением Комиссии.

6.4. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, в том числе первичной доврачебной, врачебной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, организованной по территориально-участковому принципу, оказываемой в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи (посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием), за исключением:

1) средств на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19));

2) средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной;

3) средств на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан;

4) средств на оплату исследований на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа, любым из методов;

5) средств на оплату медицинских услуг в Центрах здоровья;

6) средств на оплату стоматологической помощи, в том числе в неотложной форме;

7) средств на оплату медицинских услуг по переносу криоконсервированных эмбрионов в полость матки при оказании медицинской помощи методом экстракорпорального оплодотворения;

8) средств на оплату диагностических исследований методом позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией;

9) средств на оплату медицинских услуг по прерыванию беременности;

10) средств на оплату заместительной почечной терапии методами перитонеального диализа;

11) средств на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, за исключением повторных приемов (консультаций) при дистанционном взаимодействии пациентов с врачами, а также приемов (консультаций) внутри одной медицинской организации;

12) средств на оплату медицинских услуг для диагностики и лечения нарушений зрения;

13) средств на оплату обращения по заболеванию по профилю «Медицинская реабилитация»;

14) средств на оплату медицинских услуг лучевой диагностики при оценке минеральной плотности костной ткани (денситометрии);

15) средств на финансовое обеспечение ФП/ФАП.

Оплата медицинской помощи по видам, не включенным в базовый (средний) подушевой норматив финансирования, производится за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

6.5. Расходы на финансовое обеспечение ФП/ФАП не учитываются в составе подушевого норматива финансирования для прикрепленного населения и определяются в соответствии с размером финансового обеспечения, установленным Программой для ФП/ФАП, при условии их соответствия требованиям Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

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

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

2) наличия сведений о прикреплении населения по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц на начало расчетного периода;

3) наличия занятой должности медицинского работника (фельдшера/акушерки).

Финансовое обеспечение ФП/ФАП осуществляется ежемесячно и составляет 1/12 размера финансового обеспечения, установленного в приложении 11 к настоящему Тарифному соглашению, по перечню ФП/ФАП в структуре МО, утвержденному совместным приказом МЗ СО и ТФОМС, включающему, в том числе, сведения о соответствии/несоответствии требованиям Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Для ФП/ФАП с численностью обслуживаемого (прикрепленного) населения менее 100 и более 2000 человек размер финансового обеспечения определяется с применением понижающего и повышающего коэффициентов к размеру финансового обеспечения ФП/ФАП с численностью обслуживаемого (прикрепленного) населения от 101 до 900 человек и от 1501 до 2000 человек соответственно.

Для ФП/ФАП, не укомплектованных в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, установленными Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, размер финансового обеспечения определяется с применением понижающего коэффициента в размере 0,8.

6.6. Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает финансовые средства на оплату собственной деятельности МО (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 МО-исполнителях (за единицу объема медицинской помощи).

6.7. Объем финансового обеспечения по подушевому нормативу для каждой МО, имеющей прикрепившихся застрахованных лиц, определяется в соответствии с дифференцированным подушевым нормативом, установленным настоящим Тарифным соглашением, с учетом достижения целевых значений показателей результативности деятельности, за предшествующий отчетный период.

Методика определения дифференцированных подушевых нормативов приведена в приложении 5 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень показателей и порядок расчета значений показателей результативности деятельности МО, имеющих прикрепившихся лиц и оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, приведены в приложении 6 к настоящему Тарифному соглашению.

Порядок осуществления выплат в случае достижения медицинской организацией значений показателей результативности деятельности, приведен в приложении 7 к настоящему Тарифному соглашению.

6.8. Месячный объем финансовых средств на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях МО, имеющей прикрепившихся застрахованных лиц ($ОС_{АПП}$), определяется по формуле:

$$ОС_{АПП} = ОС_{ПН} + ОС_{ФАП} + ОС_{ЕО}, \text{ где:} \quad (1)$$

$ОС_{ПН}$ – финансовый результат МО по средствам подушевого финансирования с учетом показателей результативности деятельности;

$ОС_{ФАП}$ – размер средств, направляемых на финансовое обеспечение ФП/ФАП, входящих в состав МО (в соответствии со средним размером

финансового обеспечения);

$ОС_{EO}$ – сумма оплаты фактически оказанных объемов медицинской помощи по видам, оплата которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

6.9. Финансовый результат МО по средствам подушевого финансирования ($ОС_{ПН}$) ежемесячно рассчитывается ТФОМС централизованно, по формуле:

$$ОС_{ПН} = P_{ПН(МО)} \times (1 - \alpha) + C_{РД} - C_{ВН} + C_{ВВН}, \text{ где:} \quad (2)$$

$P_{ПН(МО)}$ – расчетный месячный объем средств по дифференцированному подушевому нормативу МО, определяется в соответствии с Методикой (приложение 5 к Тарифному соглашению);

α – доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения значений показателей результативности деятельности, определяется в соответствии с Порядком осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, в случае достижения значений показателей результативности деятельности (приложение 7 к Тарифному соглашению);

$C_{РД}$ – размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения значений показателей результативности деятельности за отчетный период;

$C_{ВН}$ – стоимость внешних медицинских услуг, оказанных прикрепленным лицам иными МО-исполнителями, по установленным тарифам;

$C_{ВВН}$ – сумма средств за предыдущие отчетные периоды, признанная необоснованно удержанной с МО по результатам экспертного контроля медицинской помощи, оказанной МО-исполнителем неприкрепленным застрахованным лицам, удержанная с МО-исполнителя и подлежащая восстановлению МО, к которой прикреплено застрахованное лицо.

В случае, если сумма по взаиморасчетам с другими МО расчетного периода по данной СМО превышает сумму подушевого финансирования, разница учитывается со знаком «—» при расчете финансового результата следующего отчетного месяца.

6.10. Размер средств, направляемых на финансовое обеспечение ФП/ФАП, входящих в состав МО, ($ОС_{ФАП}$) определяется по формуле:

$$ОС_{ФАП(i)} = \sum_n (Ч_{ФАП(n)} \times ФРО_{ФАП(n)}), \text{ где:} \quad (3)$$

$ОС_{ФАП(i)}$ – размер средств, направляемых на финансовое обеспечение ФП/ФАП в i-той медицинской организации;

$Ч_{ФАП(n)}$ – число ФП/ФАП n-го типа в составе i-той медицинской организации по состоянию на 01 число расчетного периода;

$ФРО_{ФАП(n)}$ – финансовый размер обеспечения ФП/ФАП n-го типа,

установленный приложением 11 к настоящему Тарифному соглашению, в расчете на месяц.

6.11. Месячный объем финансового обеспечения МО по видам медицинской помощи, оплата которых осуществляется за единицу объема ($ОС_{EO}$), определяется по формуле:

$$ОС_{EO} = \sum (О_{МП(факт)} \times T), \text{ где:} \quad (4)$$

$О_{МП(факт)}$ – фактически оказанные объемы медицинской помощи (исследований, посещений, комплексных посещений, обращений, услуг);

T – тариф за единицу объема, установленный настоящим Тарифным соглашением.

6.12. Месячный объем финансового обеспечения МО, не имеющей прикрепившихся лиц, определяется как совокупная стоимость фактически оказанных медицинских услуг (посещений, обращений (законченных случаев), медицинских услуг) по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

6.13. Тарифы на медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях, устанавливаются в расчете на единицу объема:

- 1) посещение к врачу соответствующей специальности;
- 2) посещение к среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием;
- 3) обращение к врачу соответствующей специальности;
- 4) законченный случай лечения заболевания при оказании стоматологической помощи;
- 5) медицинскую услугу (по перечню, установленному настоящим Тарифным соглашением).

Тарифы на медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях, используются:

- 1) для оплаты медицинской помощи: по видам, не включенным в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц; в МО, не имеющих прикрепленного населения; лицам, не прикрепленным к МО; лицам, застрахованным по ОМС в других субъектах РФ;
- 2) для осуществления расчетов между МО в рамках подушевого финансирования;
- 3) для расчета коэффициентов половозрастных затрат;
- 4) для расчета суммы, не подлежащей оплате (уменьшению оплаты) по результатам контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи.

6.14. Тариф посещения включает 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.

Медицинские услуги, включенные в перечень, установленный Тарифным соглашением, не входят в тариф посещения и оплачиваются по отдельным тарифам как самостоятельные услуги, либо в составе случая, дополнительно к тарифу посещения.

6.15. Случай оказания амбулаторной медицинской помощи включает совокупность медицинских услуг (посещений, лечебно-диагностических услуг) в количестве от одной и более. Набор услуг в составе случая определяется стандартами и порядками оказания медицинской помощи.

Оплата законченного случая (обращения) осуществляется за фактически оказанные услуги и посещения, предоставленные пациенту при его обращении в медицинскую организацию, по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

6.16. Тарифы посещений дифференцируются по специальностям врачей и видам приемов (первичный, повторный, профилактический, диспансерный, консультативный, неотложная помощь), категории обслуживаемого населения (взрослые, дети), уровням отделений.

Тарифы обращений дифференцируются по специальностям врачей, категории обслуживаемого населения (взрослые, дети) и уровням отделений.

6.17. Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение, включающее медицинские услуги (осмотры, исследования) в объеме, установленном Приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации), проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Условия, при которых случай профилактического медицинского осмотра/диспансеризации, в том числе углубленной, диспансерного наблюдения считается завершенным, устанавливаются Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации, регламентирующим Порядок проведения для отдельных категорий граждан профилактического осмотра/диспансеризации, в том числе углубленной, диспансерного наблюдения.

Законченным случаем (комплексным посещением) профилактического медицинского осмотра/диспансеризации, в том числе углубленной (с учетом этапов проведения), диспансерного наблюдения является случай после завершения комплекса осмотров и обследований, включенных в объем исследований для соответствующей группы граждан.

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, установленного для данного возраста и пола гражданина, при условии выполнения следующих осмотров (исследований, мероприятий), обязательных для всех граждан (при отсутствии противопоказаний):

- 1) проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья;
- 2) маммография;
- 3) исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом;
- 4) осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом-гинекологом;
- 5) взятие мазка с шейки матки;
- 6) цитологическое исследование мазка с шейки матки;
- 7) определение простат-специфического антигена в крови.

Посещения врача-психиатра в рамках диспансеризации отдельных групп детского населения не тарифицируются и учитываются в реестрах без оплаты за счет средств ОМС.

В дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства.

Перечень исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации:

Первый этап углубленной диспансеризации проводится в целях выявления у граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, признаков развития хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации и включает в себя:

- а) измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое;
- б) тест с 6-минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода крови 95 процентов и больше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность);
- в) проведение спирометрии или спирографии;
- г) общий (клинический) анализ крови развернутый;
- д) биохимический анализ крови (включая исследования уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение

активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспаратаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови);

е) определение концентрации Д-димера в крови у граждан, перенесших среднюю степень тяжести и выше новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

ж) проведение рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года);

з) прием (осмотр) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики).

Второй этап диспансеризации проводится в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и включает в себя:

а) проведение эхокардиографии (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);

б) проведение компьютерной томографии легких (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);

в) дуплексное сканирование вен нижних конечностей (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови).

Оплата исследований и иных медицинских вмешательств в рамках углубленной диспансеризации производится за фактически оказанные медицинские услуги.

В случае проведения профилактических медицинских осмотров и/или диспансеризации, в том числе углубленной мобильными медицинскими бригадами, организованными в структуре МО, к тарифу комплексного посещения профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации применяется коэффициент 1,05.

В случае проведения МО профилактических медицинских осмотров и/или диспансеризации в выходные дни к тарифу комплексного посещения профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации применяется коэффициент 1,03.

Если профилактический медицинский осмотр и/или диспансеризация, в том числе углубленная, проведены в выходной день с участием мобильных медицинских бригад, к тарифу комплексного посещения применяются оба коэффициента.

Оплата исследований и иных медицинских вмешательств в рамках диспансерного наблюдения производится за фактически оказанные медицинские услуги.

6.18. Единицей объема медицинской помощи, оказываемой в Центрах здоровья, организованных в составе МО, являются:

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

б) посещение граждан, обратившихся для динамического наблюдения, по рекомендации врача Центра здоровья.

Стоимость случая обращения пациента в Центр здоровья определяется как сумма тарифа посещения врача-терапевта/врача-педиатра на профилактическом приеме и тарифа на комплекс исследований, проводимый:

- при первичном обращении (один раз в календарном году);
- при повторном посещении для динамического наблюдения.

Исследования для ранней диагностики заболеваний глаз, услуги гигиениста стоматологического по обучению гигиене полости рта оплачиваются по отдельным тарифам.

6.19. Оплата стоматологической медицинской помощи осуществляется по тарифам за единицу объема медицинской помощи, в пределах объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии, с учетом УЕТ:

- 1) за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ;
- 2) за посещение к врачу-стоматологу/зубному врачу (в рамках незаконченного случая лечения, на профилактическом приеме, на диспансерном приеме, приеме в неотложной форме);
- 3) за медицинскую услугу, в том числе дополнительно к стоимости законченного случая лечения по КСГ.

Законченный случай лечения заболевания оплачивается по тарифу КСГ, рассчитанному как стоимость лечебно-диагностических услуг, включенных в данную КСГ нормативно-распорядительными документами МЗ СО.

Незаконченный случай лечения оплачивается по тарифу посещения, но не более двух у одного пациента.

Тарифы посещений и законченных случаев лечения по КСГ установлены исходя из расчетной стоимости одной УЕТ и суммарной трудоемкости в УЕТ медицинских услуг, включенных в КСГ, в соответствии с рекомендуемым средним количеством УЕТ в одной медицинской услуге согласно Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС.

6.20. Проведение медицинских осмотров несовершеннолетних, не являющихся спортсменами спортивных сборных команд Российской Федерации, с целью определения состояния здоровья, группы здоровья для допуска к мероприятиям по спортивной подготовке, занятию физической культурой и спортом, включая осмотры врачей специалистов, обследования и нагрузочные пробы в соответствии с программами медицинских осмотров лиц, занимающихся физической культурой и спортом, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.10.2020 № 1144н «Об утверждении порядка организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся

физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)» и форм медицинских заключений о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях», оплачивается по тарифам стандартов Углубленных медицинских осмотров (УМО) лиц, занимающихся спортом.

Посещения врача по спортивной медицине в рамках УМО лиц, занимающихся спортом, не учитываются в реестрах счетов за счет средств ОМС.

7. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

7.1. Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, приведен в приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.

7.2. Стоимость законченного случая лечения при оказании специализированной медицинской помощи по КСГ ($СС_{КСГ}$) определяется на основе следующих параметров:

- среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара;
- коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке, исключая влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов;
- коэффициента относительной затратоемкости по КСГ;
- коэффициента дифференциации;
- поправочного коэффициента, учитывающего: коэффициент специфики, коэффициент уровня/подуровня медицинской организации;
- коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость законченного случая лечения в стационаре ($СС_{КСГ}$) (за исключением случаев госпитализаций по отдельным группам заболеваний, состояний, оплачиваемых по федеральным КСГ (не разгруппированным КСГ) с применением коэффициента дифференциации и поправочного коэффициента к доле заработной платы и прочих расходов в составе тарифа) определяется по формуле:

$$СС_{КСГ} = НФЗ_{КСГ} \times КП_{КСГ} \times КД \times КЗ_{КСГ} \times ПК + НФЗ_{КСГ} \times КП_{КСГ} \times КД \times КСЛП, \text{ где: (5)}$$

$НФЗ_{КСГ}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объема

предоставления медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара;

$KП_{КСС}$ – коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара к базовой ставке;

$KЗ_{КСГ}$ – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай (устанавливается на федеральном уровне, кроме разгруппированных КСГ);

ПК – интегрированный поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая;

КД – коэффициент дифференциации, установленный настоящим Тарифным соглашением для отдельных территорий Свердловской области;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента, устанавливается для случаев и в размере согласно приложениям 21-25 к настоящему Тарифному соглашению. В рамках одного случая может применяться несколько коэффициентов сложности лечения. При наличии нескольких критериев для применения КСЛП на случай лечения рассчитывается по формуле:

$$КСЛП = КСЛП_1 + КСЛП_2 + КСЛП_n \quad (6)$$

КСЛП не применяется к КСГ st36.008 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении», st36.009 «Реинфузия аутокрови», st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация», st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация», st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)».

При оплате по двум КСГ КСЛП применяется только к КСГ основного заболевания. КСЛП не применяется к дополнительным КСГ st36.008 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении», st36.009 «Реинфузия аутокрови», st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация», st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация», st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)», st36.025-st36.026 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1-2)».

Размер коэффициента приведения ($KП_{КСС}$) рассчитывается по следующей формуле:

$$KП_{КСС} = \frac{БС_{КСС}}{НФЗ_{КСС}}, \text{ где:} \quad (7)$$

$БС_{КСС}$ – размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка);

Интегрированный поправочный коэффициент (ПК) для конкретного случая

рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты по следующей формуле:

$$ПК = КС_{КСГ} \times КУС_{МО}, \text{ где:} \quad (8)$$

$КС_{КСГ}$ – коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, устанавливается для конкретной КСГ согласно приложению 20 к настоящему Тарифному соглашению. Для МО и (или) структурных подразделений МО, расположенных на территории ЗАТО, коэффициент специфики, установленный в размере менее 1,2 (в том числе в размере 1,0; в том числе к подгруппам в составе КСГ) принимается равным 1,2;

$КУС_{МО}$ – коэффициент уровня/подуровня стационарной медицинской помощи в отделении медицинской организации, в которой был пролечен пациент; не применяется к случаям, отнесенным к «одноуровневым» КСГ (отмечены знаком «+» в графе «КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня, подуровня оказания медицинской помощи» приложения 20 к настоящему Тарифному соглашению), за исключением отделений 1-го уровня, для которых коэффициент уровня/подуровня применяется ко всем КСГ.

Стоимость случая госпитализации по КСГ в условиях круглосуточного стационара $СС_{КСГ}$ для случаев по отдельным группам заболеваний, состояний, оплачиваемых по федеральным КСГ (неразгруппированным КСГ) с применением коэффициента дифференциации и поправочного коэффициента к доле заработной платы и прочих расходов в составе тарифа, определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС_{КСГ} \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Д_{ЗП}) + Д_{ЗП} \times ПК \times КД) + БС_{КСГ} \times КД \times КСЛП, \text{ где:} \quad (9)$$

$БС_{КСГ}$ – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи, оплачиваемой по системе КСГ в рамках Программы ОМС (средняя стоимость одного случая лечения, включенного в КСГ);

$Д_{ЗП}$ – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливается на федеральном уровне);

$КЗ_{КСГ}$ – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай (устанавливается на федеральном уровне, кроме разгруппированных КСГ);

$ПК$ – интегрированный поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая;

$КД$ – коэффициент дифференциации, установленный настоящим Тарифным соглашением для отдельных территорий Свердловской области;

$КСЛП$ – коэффициент сложности лечения пациента, устанавливается для случаев и в размере согласно приложениям 21–25 к настоящему Тарифному соглашению.

Доли заработной платы и прочих расходов ($Д_{ЗП}$) в составе тарифов федеральных КСГ (неразгруппированных КСГ), используемые при расчете стоимости случая госпитализации по отдельным группам заболеваний, состояний

с применением коэффициента дифференциации и поправочного коэффициента к доле заработной платы и прочих расходов:

Таблица 1

Код КСГ	Дзп, %
1	2
Слингвые операции при недержании мочи	
st02.014	30,45
Лечение дерматозов	
st06.004	97,47
st06.005	98,49
st06.006	99,04
st06.007	98,00
Коронавирусная инфекция COVID-19	
st12.015	91,12
st12.016	61,30
st12.017	63,24
st12.018	77,63
Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией	
st19.084	87,08
st19.085	88,84
st19.086	87,05
st19.087	88,49
st19.088	46,03
st19.089	26,76
ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1-3)	
st19.094-st19.096	79,86
ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые	
st19.097	32,82
st19.098	52,81
st19.099	62,16
st19.100	6,34
st19.101	19,39
st19.102	29,64
Посттрансплантационный период после пересадки костного мозга	
st19.122	62,44
Прочие операции при ЗНО	
st19.123	28,13
st19.124	39,56
Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)	
st19.125	57,99
st19.126	37,81
st19.127	20,99
st19.128	29,00

Код КСГ	Дзп, %
1	2
st19.129	25,84
st19.130	8,65
st19.131	9,64
st19.132	8,30
st19.133	8,25
st19.134	5,81
st19.135	6,36
st19.136	9,72
st19.137	2,34
st19.138	2,11
st19.139	1,59
st19.140	1,25
st19.141	0,99
st19.142	0,75
st19.143	0,56
Замена речевого процессора	
st20.010	0,74
Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)	
st21.009	14,38
Экстракорпоральная мембранная оксигенация	
st36.011	27,22
Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами	
st36.013	0,0
st36.014	0,0
st36.015	0,0
Радиойодтерапия	
st36.024	70,66
Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции	
st36.025	5,85
st36.026	4,58
Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов	
st36.027	34,50
st36.028	73,21
st36.029	55,98
st36.030	46,89
st36.031	35,90
st36.032	28,65
st36.033	21,07
st36.034	17,05
st36.035	14,57
st36.036	11,77
st36.037	10,39
st36.038	8,43
st36.039	6,21

Код КСГ	Дзп, %
1	2
st36.040	4,29
st36.041	3,46
st36.042	2,78
st36.043	1,84
st36.044	0,92
st36.045	0,85
st36.046	0,44
st36.047	0,21

7.3. Оплата медицинской помощи при переводе пациента.

7.3.1 Если медицинская помощь оказывается пациенту в период одной госпитализации в двух отделениях по двум заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ-10, оплата случая лечения производится по одной КСГ с наибольшим размером оплаты (в случае равной суммы оплаты – по КСГ с более поздними сроками лечения). При этом длительность госпитализации в целях отнесения случая лечения к прерванному, включая случаи длительностью 3 дня и менее, или к случаю со сверхдлительным сроком лечения, определяется с учетом суммарного количества дней пребывания пациента в отделениях стационара.

7.3.2 Случаи лечения фебрильной нейтропении, агранулоцитоза по КСГ st19.037, если заболевание развивается у больного, госпитализированного с целью проведения специального противоопухолевого лечения, даже при условии перевода пациента в другое отделение данной медицинской организации, оплачиваются по одной КСГ с наибольшим размером оплаты.

7.3.3 В соответствии с региональными особенностями организации медицинской помощи детям, страдающим злокачественными новообразованиями, медицинская помощь, оказанная пациенту в одни и те же сроки в стационаре и дневном стационаре разных МО, оплачивается отдельно по двум КСГ, каждая по соответствующему тарифу, при соблюдении следующих условий:

- возрастная категория пациента – дети;
- код основного заболевания по МКБ-10 – из класса «С»;
- оказание медицинской помощи в дневном стационаре связано с проведением лучевой терапии.

7.3.4 Если медицинская помощь оказана пациенту в период одной госпитализации в разных отделениях стационара по двум заболеваниям, относящимся к разным классам МКБ-10, оплачиваются отдельно две КСГ случая лечения, каждая по соответствующему тарифу. При этом правила оплаты случая лечения с длительностью 3 дня и менее/сверхдлительного случая лечения применяются для каждой КСГ случая, правило определения прерванного случая применяется для КСГ с более поздними сроками лечения.

7.4. Оплата по двум КСГ в рамках одного случая лечения, по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ-10, производится в следующих

случаях:

1) дороговая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности, с последующим родоразрешением оплачивается по КСГ st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью», и по одной из КСГ st02.003 «Родоразрешение», КСГ st02.004 «Кесарево сечение» при условиях:

- длительность пребывания в отделении патологии в течение 6 дней и более;

- длительность пребывания в отделении патологии менее 6 дней, но не менее 2-х дней с основным диагнозом из МКБ-10: O14.1, O34.2, O36.3, O36.4, O42.2;

2) проведение медицинской реабилитации после завершения лечения по поводу заболевания, по которому проводилось лечение, в той же медицинской организации, имеющей лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»;

3) установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии пациентам со злокачественными новообразованиями с проведением другого вида противоопухолевого лечения в рамках одной госпитализации;

4) этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

5) оказание медицинской помощи с применением дорогостоящего оборудования для купирования жизненно угрожающих синдромов (КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови», st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация», st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация») на фоне лечения основного заболевания;

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

7) проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

Оплата случая только по КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии, вызванной полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)» без основной КСГ не допускается.

При этом, если лечение по одной из этих КСГ является сверхкоротким (3 дня и менее)/сверхдлительным/прерванным, то оплата осуществляется в соответствии с установленными для таких случаев правилами (п. 7.4 – 7.6 настоящего Тарифного соглашения).

7.5. При оказании в рамках одной госпитализации ВМП и специализированной медицинской помощи в порядке комплексного обследования и/или предоперационной подготовки пациентов по КСГ, а также продолжения лечения после оказания ВМП при развитии нового заболевания (по другому

классу МКБ-10) или проведении второго этапа медицинской реабилитации, оплата производится следующим образом: ВМП оплачивается по нормативам стоимости ВМП, КСГ – по правилам, описанным выше.

7.6. Оплата прерванных случаев.

Основания для отнесения к прерванному случаю госпитализации (результаты госпитализации):

- 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);
- 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, не включенные в перечень КСГ, установленный Программой, с оптимальной длительностью до 3 дней включительно.

7.6.1 Случаи госпитализации длительностью 3 дня и менее (независимо от исхода и результата лечения) оплачиваются в следующем порядке:

– 100% стоимости КСГ, установленной Тарифным соглашением, по перечню групп, оплата которых осуществляется в полном объеме независимо от длительности пребывания в стационаре (отмечены знаком «100%» в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 20 к настоящему Тарифному соглашению);

– в размере 80% или 90% стоимости КСГ, установленной Тарифным соглашением, по перечню групп, в том числе при проведении хирургического вмешательства и/или тромболитической терапии, являющимися основным классификационным критерием отнесения данного случая к конкретной КСГ (отмечены знаком «80%», «90%» в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 20 к настоящему Тарифному соглашению);

– в размере 20% от стоимости соответствующей КСГ – при оказании медицинской помощи взрослым, 50% от стоимости КСГ – при оказании медицинской помощи детям, во всех других случаях (не отмечены знаком «100%», «80%», «90%» в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 20 к настоящему Тарифному соглашению).

7.6.2 Случаи госпитализации длительностью более 3 дней с результатом госпитализации 1)-8) пункта 7.6 оплачиваются в следующем порядке:

– в размере 100% стоимости КСГ, по перечню групп (отмечены знаком «100%» в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 20 к настоящему Тарифному соглашению);

– в размере 100% стоимости КСГ, по перечню групп (отмечены знаком «90%» и «80%» в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 20 к настоящему Тарифному соглашению);

– в размере 50% от стоимости соответствующей КСГ, во всех других случаях (не отмечены знаком «100%», «90%», «80%» в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 20 к настоящему Тарифному соглашению), за исключением случаев оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, которые оплачиваются в полном объеме.

7.6.3 При сверхдлительных сроках госпитализации (более 30 дней/45 дней по отдельным КСГ), обусловленных медицинскими показаниями, оплата специализированной медицинской помощи производится с применением коэффициента, учитывающего компенсацию расходов на медикаменты и расходные материалы в профильном отделении, на питание больного. Значение коэффициента (КСКП) определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней по формуле:

$$\text{КСКП} = \frac{\text{ФКД} - \text{НКД}}{\text{НКД}} \times \text{КЗксг} \times \text{Кдл}, \text{ где:} \quad (10)$$

ФКД – фактическое количество койко-дней (в случаях предъявления в рамках одной госпитализации 2-х КСГ за оказание медицинской помощи в различных отделениях по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ-10, в фактическое количество койко-дней включается сумма дней пребывания пациента в стационаре по этим КСГ);

НКД – нормативное количество койко-дней (30, кроме КСГ, перечисленных в приложении 23, для которых нормативный срок – 45 дней);

КЗксг – коэффициент затратоемкости КСГ;

Кдл – коэффициент длительности в размере 0,25.

Коэффициент не применяется к случаям лечения с проведением лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.075 – st19.089) независимо от длительности лечения.

7.7 Срок лечения в стационаре определяется от даты поступления до дня

выписки из стационара (день госпитализации и день выписки считается одним днем).

7.8 ВМП по видам и методам, включенным в раздел I Перечня видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, оплачивается по нормативам финансовых затрат, установленным базовой программой ОМС на единицу объема предоставления медицинской помощи, с применением коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, согласно базовой программе ОМС.

7.9 Случай лечения в стационаре включает совокупную стоимость медицинских услуг, оказанных пациенту в период его нахождения в стационаре, в том числе при оказании специализированной медицинской помощи в профильном отделении (отделениях) по стоимости КСГ, при оказании услуг диализа, при оказании пациенту ВМП по нормативам стоимости ВМП.

Все случаи применения двух тарифов (КСГ, ВМП) в период одной госпитализации подлежат обязательной экспертизе.

7.10 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 ВМП. Оплата производится за количество фактически выполненных услуг диализа в течение всего периода нахождения пациента в стационаре, по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

7.11 Стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение (КСГ st02.003 «Родоразрешение», КСГ st02.004 «Кесарево сечение»), включает расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды.

7.12 Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам в приемных отделениях стационаров, не завершившихся госпитализацией, осуществляется по тарифам посещения врача соответствующей специальности и тарифам медицинских услуг.

8. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

8.1. Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, приведен в приложении 3 к настоящему Соглашению.

8.2. Стоимость законченного случая лечения по КСГ определяется на основе следующих параметров:

- среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара;
- коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на

единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке, исключая влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов;

- коэффициента относительной затратоемкости по КСГ;
- коэффициента дифференциации;
- поправочного коэффициента, учитывающего: коэффициент специфики, коэффициент уровня/подуровня медицинской организации медицинской организации;
- коэффициент сложности лечения пациента.

8.3. Стоимость законченного случая лечения в дневном стационаре $СС_{ДС}$ (за исключением случаев лечения по отдельным группам заболеваний, состояний, оплачиваемых по федеральным КСГ (не разгруппированным КСГ) с применением коэффициента дифференциации и поправочного коэффициента к доле заработной платы и прочих расходов в составе тарифа) определяется по формуле:

$$СС_{ДС} = НФЗ_{ДС} \times КП_{ДС} \times КД \times КЗ_{КСГ} \times ПК + НФЗ_{ДС} \times КП_{ДС} \times КД \times КСЛП, \text{ где:} \quad (11)$$

$НФЗ_{ДС}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара;

$КП_{ДС}$ – коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара к базовой ставке;

$КЗ_{КСГ}$ – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай (устанавливается на федеральном уровне, кроме разгруппированных КСГ);

$ПК$ – интегрированный поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая;

$КД$ – коэффициент дифференциации, установленный настоящим Тарифным соглашением для отдельных территорий Свердловской области;

$КСЛП$ – коэффициент сложности лечения пациента, устанавливается для случаев и в размере согласно приложению 28 к настоящему Тарифному соглашению. При наличии нескольких оснований для применения $КСЛП$ на случай лечения, его значение определяется как суммарное по формуле (6) п. 7.2.

Размер коэффициента приведения ($КП_{ДС}$) рассчитывается по следующей формуле:

$$КП_{ДС} = \frac{БС_{ДС}}{НФЗ_{ДС}}, \text{ где:} \quad (12)$$

$БС_{ДС}$ – размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка);

Интегрированный поправочный коэффициент (ПК) для конкретного случая рассчитывается по формуле:

$$ПК = КС_{КСГ} \times КУС_{МО}, \text{ где:} \quad (13)$$

$КС_{КСГ}$ – коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, устанавливается для конкретной КСГ согласно приложению 27 к настоящему Тарифному соглашению. Для МО и (или) структурных подразделений МО, расположенных на территории ЗАТО, коэффициент специфики, установленный в размере менее 1,2 (в том числе в размере 1,0; в том числе к подгруппам в составе КСГ) принимается равным 1,2;

$КУС_{МО}$ – коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи в отделении медицинской организации, в которой был пролечен пациент; не применяется к случаям, отнесенным к «одноуровневым» КСГ (отмечены знаком «+» в графе «КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня, подуровня оказания медицинской помощи» в приложении 27 к настоящему Тарифному соглашению).

Стоимость случая лечения по КСГ в условиях дневного стационара $СС_{ДС}$ для случаев по отдельным группам заболеваний, состояний, оплачиваемых по федеральным КСГ (неразгруппированным КСГ) с применением коэффициента дифференциации и поправочного коэффициента к доле заработной платы и прочих расходов в составе тарифа, определяется по следующей формуле:

$$СС_{ДС} = БС_{ДС} \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Д_{ЗП}) + Д_{ЗП} \times ПК \times КД) + БС_{ДС} \times КД \times КСЛП, \text{ где:} \quad (14)$$

$БС_{ДС}$ – базовая ставка финансирования в условиях дневного стационара,

$Д_{ЗП}$ – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливается на федеральном уровне),

$КЗ_{КСГ}$ – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай (устанавливается на федеральном уровне, кроме разгруппированных КСГ),

ПК – интегрированный поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая,

КД – коэффициент дифференциации, установленный настоящим Тарифным соглашением для отдельных территорий Свердловской области;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента, устанавливается для случаев и в размере согласно приложению 28 к настоящему Тарифному соглашению. При наличии нескольких оснований для применения КСЛП на случай лечения, его значение определяется как суммарное по формуле (6) п. 7.2.

Доли заработной платы и прочих расходов ($Д_{ЗП}$) в составе тарифов федеральных КСГ (неразгруппированных КСГ), используемые при расчете стоимости случая лечения по отдельным группам заболеваний, состояний с применением коэффициента дифференциации и поправочного коэффициента к

доле заработной платы и прочих расходов:

Таблица 2

Код КСГ	Дзп, %
1	2
Экстракорпоральное оплодотворение	
ds02.008	16,40
ds02.009	20,87
ds02.010	18,27
ds02.011	17,59
Лечение дерматозов	
ds06.002	97,44
ds06.003	96,30
ds06.004	98,27
ds06.005	98,20
Лечение хронического вирусного гепатита С	
ds12.012	10,88
ds12.013	7,36
ds12.014	5,17
ds12.015	3,57
Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией	
ds19.058	78,38
ds19.060	82,64
ds19.061	31,86
ds19.062	16,69
ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1-4)	
ds19.067-ds19.070	62,10
ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые	
ds19.071	6,02
ds19.072	19,12
ds19.073	31,71
ds19.074	41,49
ds19.075	0,65
ds19.076	2,59
ds19.077	7,35
ds19.078	10,33
Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)	
ds19.097	28,92
ds19.098	13,19
ds19.099	14,85
ds19.100	28,77
ds19.101	13,39
ds19.102	4,88
ds19.103	15,23
ds19.104	15,06
ds19.105	14,14

Код КСГ	Дзп, %
1	2
ds19.106	23,12
ds19.107	20,53
ds19.108	4,11
ds19.109	9,84
ds19.110	7,29
ds19.111	3,48
ds19.112	5,64
ds19.113	6,61
ds19.114	0,22
ds19.115	0,36
Замена речевого процессора	
ds20.006	0,23
Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)	
ds21.007	10,32
Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции	
ds36.012	1,09
ds36.013	0,51
Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов	
ds36.014	13,00
ds36.015	19,19
ds36.016	9,47
ds36.017	5,42
ds36.018	4,05
ds36.019	2,88
ds36.020	2,29
ds36.021	1,83
ds36.022	8,51
ds36.023	1,19
ds36.024	0,98
ds36.025	9,32
ds36.026	0,63
ds36.027	6,20
ds36.028	2,11
ds36.029	0,29
ds36.030	0,19
ds36.031	0,09
ds36.032	0,08
ds36.033	0,04
ds36.034	0,02

8.4. Оплата прерванных случаев.

Основания для отнесения к прерванному случаю лечения (результаты лечения):

- 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 дневного стационара в круглосуточный стационар);

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, не включенные в перечень КСГ, установленный Программой, с оптимальной длительностью до 3 дней включительно.

Случаи лечения длительностью 3 дня и менее (независимо от исхода и результата лечения) оплачиваются в следующем порядке:

- 100% стоимости КСГ, установленной Тарифным соглашением, по перечню групп, оплата которых осуществляется в полном объеме независимо от длительности пребывания в стационаре (отмечены знаком «100%» в отдельной графе приложения 27 к настоящему Тарифному соглашению);

- в размере 80% или 90% стоимости КСГ, установленной Тарифным соглашением, по перечню групп, в том числе при проведении хирургической операции и/или тромболитической терапии, являющимися основным классификационным критерием отнесения данного случая к конкретной КСГ (отмечены знаком «80%», «90%» в отдельной графе приложения 27 к настоящему Тарифному соглашению);

- в размере 20% от стоимости соответствующей КСГ – при оказании медицинской помощи взрослым, 50% от стоимости КСГ – при оказании медицинской помощи детям, во всех других случаях (не отмечены знаком «100%», «80%», «90%» в отдельной графе приложения 27 к настоящему Тарифному соглашению).

8.5. Случаи лечения длительностью более 3 дней с результатом лечения 1)-8) пункта 8.4 оплачиваются в следующем порядке:

- в размере 100% стоимости КСГ, по перечню групп, отмеченных знаком «100%» в отдельной графе приложения 27 к настоящему Тарифному соглашению;

– в размере 100% стоимости КСГ, по перечню групп, отмеченных знаком «80%», «90%» в отдельной графе приложения 27 к настоящему Тарифному соглашению;

– в размере 50% от стоимости соответствующей КСГ, во всех других случаях (не отмечены знаком «100%», «90%», «80%» в отдельной графе приложения 27 к настоящему Тарифному соглашению).

8.6. Срок лечения в дневном стационаре определяется от даты поступления до дня выписки из дневного стационара (день госпитализации и день выписки считается за два дня).

8.7. Оплата медицинской помощи пациентам с хронической почечной недостаточностью методами диализа в условиях дневного стационара производится за каждую услугу диализа, фактически оказанную пациенту в период его лечения в дневном стационаре, при необходимости дополнительно к стоимости КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание.

8.8. Оплата по двум КСГ в рамках одного случая лечения по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ-10, производится в случаях установки, замены порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с проведением лекарственной терапии. При этом, если лечение по одной из этих КСГ является сверхкоротким (3 дня и менее)/сверхдлительным/прерванным, то оплата осуществляется в соответствии с установленными для таких случаев правилами (п. 8.4 – 8.5 настоящего Тарифного соглашения).

9. Порядок применения способов оплаты скорой медицинской помощи

9.1. 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 4 к настоящему Тарифному соглашению.

Месячный объем финансирования МО, оказывающей скорую медицинскую помощь ($\Phi O_{\text{СМП}}$), определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива, численности населения в зоне обслуживания и объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи, по формуле:

$$\Phi O_{\text{СМП}} = \sum \text{ДПН}_{\text{СМП}} \times \text{ЧЗ}_{\text{СМО}i} + \sum K_y \times T_y \quad (15)$$

$\text{ДПН}_{\text{СМП}}$ – дифференцированный подушевой норматив для данной МО, устанавливается Тарифным соглашением, определяется в соответствии с Методикой согласно приложению 29 к настоящему Тарифному соглашению;

$\text{ЧЗ}_{\text{СМО}i}$ – численность застрахованных лиц в зоне обслуживания данной

ССМП (ОСМП), застрахованного i -той СМО (по состоянию на первое число расчетного периода);

K_y – количество услуг, оплата которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи (вызов);

T_y – тариф вызова.

Месячный объем финансирования по дифференцированным подушевым нормативам рассчитывается ТФОМС в разрезе СМО, приказом доводится до МО и СМО.

9.2. Тарифы для оплаты скорой медицинской помощи устанавливаются в расчете на выполненный вызов с дифференциацией по профилю бригады (общепрофильная, специализированная, выездная консультативная специализированная реанимационная), составу бригады (врачебная, фельдшерская) и оказываемым услугам (медицинская эвакуация, санитарная транспортировка, проведение тромболитической терапии).

9.3. По подушевому нормативу осуществляется финансовое обеспечение скорой медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, оказываемой в экстренной и неотложной формах вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии;
- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой выездными специализированными реанимационно-анестезиологическими бригадами подразделений экстренной консультативной скорой медицинской помощи в структуре медицинских организаций;
- при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по ОМС в других субъектах РФ.

Тарифы на вызов с проведением тромболитической терапии дифференцируются с учетом стоимости применяемых лекарственных препаратов.

III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

10. Структура тарифов

10.1. 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».

10.2. Структура тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС включает

следующие 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. Допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до одного миллиона рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной (просроченной) в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС.

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

10.3. 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 СО.

10.4. 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 ФП/ФАП (заведующим ФП/ФАП, 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 СМП за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

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

10.5. 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 местного самоуправления муниципальных образований Свердловской области сверх доплат, утвержденных нормативными правовыми актами Российской Федерации и Свердловской области;

- 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 Свердловской области.

10.6. 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.

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.

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.

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.

10.7. 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.

10.8. 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 ста тысяч рублей за единицу (за исключением средств: полученных на оплату ВМП и средств до одного миллиона рублей на приобретение медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований, при отсутствии у медицинской организации не погашенной (просроченной) в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС), проведение капитального ремонта и проектно-сметную документацию для его проведения;

- по оказанию медицинской помощи по видам, финансовое обеспечение которых осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и Свердловской области за счет средств бюджетов всех уровней или других источников.

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

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).

МО при расходовании средств вправе самостоятельно определять долю 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.

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

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

Размер тарифов

11. Для оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливаются

11.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС на территории Свердловской области, с учетом средств по профилю медицинская реабилитация в расчете на одно застрахованное лицо – 6 620,2 руб.

11.2. Средний подушевой норматив финансирования для МО, участвующих в реализации Программы ОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо (FO_{CP}^{AMB}), коэффициент приведения в амбулаторных условиях (Pr_{AMB}), базовый (средний) подушевой норматив финансирования (PN_{BA3}):

Таблица 3

FO_{CP}^{AMB} , руб.	Pr_{AMB}	PN_{BA3} , руб. на месяц	PN_{BA3} , руб., на год
1	2	3	4
с 01.01.2023			
6 620,2	0,47129	260	3 120

Таблица 4

№ п/п	Базовые нормативы финансовых затрат на оплату медицинской помощи:	Размер базового норматива, руб.
1	2	3
1.	посещений с профилактической и иными целями:	-
1.1	комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров	2 279,2
1.2	комплексных посещений для проведения диспансеризации	2 785,5
1.2.1	в том числе проведение углубленной диспансеризации	1 204,4
1.3	посещений с иными целями	394,6
2.	посещений в неотложной форме	855,5
3.	обращений по поводу заболевания, включая проведение:	1 918,8

№ п/п	Базовые нормативы финансовых затрат на оплату медицинской помощи:	Размер базового норматива, руб.
1	2	3
3.1	компьютерной томографии	2 400,0
3.2	магнитно-резонансной томографии	2 500,0
3.3	ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы	950,0
3.4	эндоскопического диагностического исследования	1 450,0
3.5	молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний	8 200,0
3.6	патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	1 950,0
3.7	тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)	444,0
4.	обращение по заболеванию по профилю «Медицинская реабилитация»	15 000,0
5.	диспансерное наблюдение	1 409,4

11.3. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (приложение 8);

11.4. Коэффициенты дифференциации и дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (приложение 9);

11.5. Размер финансового обеспечения по типам фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов (приложение 11);

11.6. Тарифы посещений на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (приложение 13);

11.7. Тарифы обращений на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (приложение 14);

11.8. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях (приложение 15);

11.9. Тарифы посещений и услуг на оплату медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», оказываемой в амбулаторных условиях (приложение 16);

11.10. Тарифы посещений и услуг на оплату медицинской помощи в рамках диспансерного наблюдения в амбулаторных условиях (приложение 17);

11.11. Тарифы медицинских услуг (посещений, услуг) и случаев лечения стоматологических заболеваний по клинико-статистическим группам (КСГ) в амбулаторных условиях (приложение 18);

11.12. Тарифы на оплату комплексного посещения в рамках диспансеризации, в том числе углубленной, профилактических медицинских осмотров (приложение 19).

12. Для оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, устанавливаются

12.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС на территории Свердловской области, с учетом средств по профилю медицинская реабилитация в расчете на одно застрахованное лицо – 7 203,6 руб.

Размер подушевого норматива финансирования, установленного в соответствии с Программой ОМС, составляет 17 289,7 руб.

12.2. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи ($НФЗ_{КСС}$), коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара к базовой ставке ($КП_{КСС}$), базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи, оплачиваемой по КСГ ($БС_{КСС}$):

Таблица 5

$НФЗ_{КСС}$ (с учетом коэффициента дифференциации), руб.	Коэффициент дифференциации	$КП_{КСС}$	$БС_{КСС}$, руб.
1	2	3	4
с 01.01.2023			
43 394,1	1,111	0,6648595	25 968,48

12.3. Перечень КСГ, коэффициенты затратно-емкости и тарифы на случай лечения по КСГ в условиях стационара (приложение 20).

12.4. Поправочные коэффициенты оплаты по КСГ:

- коэффициент специфики (приложение 20);
- коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи:

Таблица 6

Уровень/подуровень отделения	Коэффициент
1.0	1,0
2.0	1,0
3.0	1,15

12.5. Перечень случаев и коэффициенты сложности лечения пациента (приложение 21).

12.6. Перечень диагнозов основного заболевания по МКБ-10 у новорожденных в акушерских отделениях для применения коэффициента

сложности лечения пациента (приложение 22).

12.7. Группы заболеваний, случаи госпитализаций по которым считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней (приложение 23).

12.8. Перечень сочетанных хирургических вмешательств, при выполнении которых в период пребывания пациента в стационаре применяется коэффициент сложности лечения пациента (приложение 24).

12.9. Перечень однотипных операций на парных органах, при выполнении которых в период пребывания пациента в стационаре применяется коэффициент сложности лечения пациента (приложение 25).

12.10. Тарифы на оплату случаев лечения заболеваний с применением методов ВМП (приложение 26).

13. Для оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, устанавливаются

13.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС на территории Свердловской области, с учетом средств по профилю медицинская реабилитация в расчете на одно застрахованное лицо – 2 123,4 руб.

Размер подушевого норматива финансирования, установленного в соответствии с Программой ОМС, составляет 17 289,7 руб.

Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи ($НФЗ_{ДС}$), коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара к базовой ставке ($КП_{ДС}$), базовая ставка финансирования медицинской помощи в условиях дневного стационара, оплачиваемой по КСГ ($БС_{ДС}$):

Таблица 7

$НФЗ_{ДС}$ (с учетом коэффициента дифференциации), руб.	Коэффициент дифференциации	$КП_{ДС}$	$БС_{ДС}$, руб.
1	2	3	4
с 01.01.2023			
30 913,3	1,111	0,5401349	15 029,12

13.2. Перечень КСГ, коэффициенты затратно-стоимости и средняя стоимость случая лечения, включенного в КСГ, в условиях дневного стационара (приложение 27).

13.3. Поправочные коэффициенты оплаты по КСГ:

- коэффициент специфики (приложение 27);
- коэффициент сложности лечения пациента (приложение 28);

– коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи:

Таблица 8

Уровень/подуровень отделения	Коэффициент
1.0	0,8
1.1	1,0

14. Для оплаты скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливаются

14.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации Программы ОМС на территории Свердловской области, в расчете на одно застрахованное лицо – 1 039,6 руб.

14.2. Средний подушевой норматив финансирования для МО, участвующих в реализации Программы ОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо ($\Phi O_{CP}^{СМП}$), коэффициент приведения скорой медицинской помощи ($Пр_{СМП}$), базовый (средний) подушевой норматив финансирования ($ПН_{БАЗ}$):

Таблица 9

$\Phi O_{CP}^{СМП}$, руб.	$Пр_{СМП}$	$ПН_{БАЗ}$, руб. на месяц	$ПН_{БАЗ}$, руб. на год
1	2	3	4
с 01.01.2023			
1 039,6	0,98462	85,3	1 023,6

Таблица 10

№ п/п	Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи:	Размер базового норматива, руб.
1	2	3
1.	вызова скорой медицинской помощи	3 654,0

14.3. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (приложение 30).

14.4. Коэффициенты дифференциации и дифференцированные подушевые нормативы финансирования станций и отделений скорой медицинской помощи (приложение 31).

14.5. Тарифы на вызов скорой медицинской помощи (приложение 32).

15. Для оплаты услуг диализа устанавливаются

15.1. Базовые тарифы на оплату услуг диализа:

Таблица 11

Код (услуги)	Базовый тариф (без учета коэффициента дифференциации)	Тариф с коэффициентом дифференциации и 1,105	Тариф с коэффициентом дифференциации 1,140
1	2	3	4
A18.05.002 Гемодиализ	5 707	5 886	5 945
A18.30.001 Перитонеальный диализ	4 363	4 406	4 421

15.2. Коэффициенты относительной затроемкости и тарифы на услуги по методам диализа (приложение 33).

**IV. 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**

16. За нарушения, выявленные в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Свердловской области, медицинские организации несут ответственность в соответствии со статьей 40 Федерального закона 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с применением к ним мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

16.1. Основанием для частичной или полной неоплаты медицинской помощи являются результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, осуществляемого в порядке, утвержденном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

16.2. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и уплаты медицинской организацией штрафа по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, а также обеспечения прав застрахованных граждан (далее – Перечень оснований) и коэффициенты для определения размера применяемых санкций устанавливаются приложением 34 к Тарифному соглашению.

Размер санкций, применяемых к медицинским организациям, рассчитывается в соответствии с главой IX Правил:

- сумма неоплаты или неполной оплаты медицинской помощи – путем применения коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты медицинской помощи к тарифу, действующему на дату оказания медицинской помощи;

- сумма штрафа – путем применения коэффициента для определения размера штрафа к подушевому нормативу финансирования, установленному на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

16.3. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 Федерального закона 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» 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 организации и проведения контроля.

V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2023 и действует до принятия нового.

Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению Сторон. Изменения и дополнения оформляются Дополнительным соглашением на основании протокола заседания Комиссии и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

ПРИЛОЖЕНИЯ К ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ

1. Приложение 1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

2. Приложение 2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

3. Приложение 3. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара.

4. Приложение 4. Перечень медицинских организаций, 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).

5. Приложение 5. Методика определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

6. Приложение 6. Перечень показателей и порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

7. Приложение 7. Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, в случае достижения значений показателей результативности.

8. Приложение 8. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

9. Приложение 9. Коэффициенты дифференциации и дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

10. Приложение 10. Перечень медицинских организаций и их структурных подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, к которым применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся лиц.

11. Приложение 11. Размер финансового обеспечения по типам фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов.

12. Приложение 12. Перечень фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов в составе медицинских организаций, для которых устанавливается размер финансового обеспечения в соответствии с численностью обслуживаемого (прикрепленного) населения.

13. Приложение 13. Тарифы посещений на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

14. Приложение 14. Тарифы обращений на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

15. Приложение 15. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях.

16. Приложение 16. Тарифы посещений и услуг на оплату медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», оказываемой в амбулаторных условиях.

17. Приложение 17. Тарифы посещений и услуг на оплату медицинской

помощи в рамках диспансерного наблюдения в амбулаторных условиях.

18. Приложение 18. Тарифы посещений и случаев лечения стоматологических заболеваний по клинико-статистическим группам в амбулаторных условиях.

19. Приложение 19. Тарифы на оплату комплексного посещения в рамках диспансеризации, в том числе углубленной, профилактических медицинских осмотров.

20. Приложение 20. Перечень КСГ, коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициенты специфики и тарифы на случай лечения в условиях круглосуточного стационара.

21. Приложение 21. Перечень случаев, при которых применяется коэффициент сложности лечения пациента при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

22. Приложение 22. Перечень диагнозов основного заболевания по МКБ-10 у новорожденных в акушерских отделениях для применения коэффициента сложности лечения пациента.

23. Приложение 23. Группы заболеваний, случаи госпитализаций по которым считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней.

24. Приложение 24. Перечень сочетанных хирургических вмешательств, при выполнении которых в период пребывания пациента в стационаре применяется коэффициент сложности лечения пациента.

25. Приложение 25. Перечень однотипных операций на парных органах, при выполнении которых в период пребывания пациента в стационаре применяется коэффициент сложности лечения пациента.

26. Приложение 26. Тарифы по видам и методам высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках Территориальной программы ОМС за счет субвенции из бюджета ФОМС.

27. Приложение 27. Перечень КСГ, коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициенты специфики и тарифы на случай лечения в условиях дневного стационара.

28. Приложение 28. Перечень случаев, при которых применяется коэффициент сложности лечения пациента при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара.

29. Приложение 29. Методика определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций при оплате скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

30. Приложение 30. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи.

31. Приложение 31. Коэффициенты дифференциации и дифференцированные подушевые нормативы финансирования станций и отделений скорой медицинской помощи.

32. Приложение 32. Тарифы на вызов скорой медицинской помощи.

33. Приложение 33. Коэффициенты относительной затратоемкости и тарифы на услуги диализа.

34. Приложение 34. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и уплаты медицинской организацией штрафа по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, а также обеспечения прав застрахованных граждан.

Министр здравоохранения
Свердловской области



Карлов А.А.

Заместитель директора Территориального
фонда обязательного медицинского
страхования Свердловской области по экономике



Кузьминых Л.Ю.

Директор Екатеринбургского филиала акционерного
общества «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»



Старшинов С.Б.

Директор Союза медицинского сообщества
«Медицинская Палата Свердловской области»



Коновалова Г.В.

Председатель Свердловской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации



Угринов С.А.