

ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
по оплате медицинской помощи (медицинских услуг) в системе
обязательного медицинского страхования на территории
Приморского края на 2021 год

г. Владивосток

«19» января 2021 года

1. Общие положения

Территориальное тарифное соглашение разработано в соответствии с:

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

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

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

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее – Номенклатура);

- Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 года № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (далее – Программа государственных гарантий);

- Постановлением Правительства Российской Федерации от 05 мая 2012 года № 462 «О Порядке распределения и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов

Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - Постановлением № 462);

- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 декабря 2020 № 11-7/И/2-20700 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (далее – Письмо);

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 29 декабря 2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее – Требования);

- Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее - методические рекомендации Минздрава России и ФФОМС) (Методические рекомендации), направленными совместным письмом от 30 декабря 2020 года Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/И/2-20691 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-04/11-51;

- приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;

- Постановлением Правительства Приморского края от 28 декабря 2020 года № 1080-пп «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Приморском крае на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (далее – территориальная Программа государственных гарантий Приморского края, Территориальная программа ОМС);

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

«- Постановлением Администрации Приморского края от 19 февраля 2014 года № 49-па «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Приморского края» (в редакции Постановления АП от 08.05.2020 № 405-пп) (далее – Комиссия).

Представители сторон, включенные в состав Комиссии

министерство здравоохранения Приморского края в лице заместителя председателя Правительства Приморского края - министра здравоохранения Приморского края ХУДЧЕНКО АНАСТАСИИ ГЕННАДЬЕВНЫ,

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

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

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

в дальнейшем совместно именуемые Стороны,

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

(медицинских услуг) в системе обязательного медицинского страхования на территории Приморского края.

Предметом настоящего Тарифного соглашения являются:

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

2. Способы оплаты медицинской помощи

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

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

Территориальной программой ОМС, договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Договор).

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

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

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

Формирование тарифов, включая их размер и структуру, осуществляется в разрезе условий оказания медицинской помощи, в соответствии со способами оплаты и средними нормативами финансовых затрат, установленными территориальной программой ОМС.

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

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

1,503 – для оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, осуществляющими деятельность на территории населенных пунктов, расположенных в границах административно-территориальных единиц: город Дальнегорск, Кавалеровский, Ольгинский, Тернейский, Красноармейский районы (северные территории);

1,433 - для оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, осуществляющими деятельность на территории населенных пунктов, расположенных в сельской местности и рабочих поселках приграничной 30-километровой зоны: Кировский район, Октябрьский район, Пограничный район, Пожарский район, Хасанский район (приграничные территории);

1,369 - для оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, расположенными на территории Приморского края, кроме северных и приграничных территорий.

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

Взаимодействие между участниками обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с федеральными и региональными нормативными актами, договорами в сфере обязательного медицинского страхования, Регламентом информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере ОМС и настоящим Тарифным соглашением.

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

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

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

2.1. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

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

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также

средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной на территории Приморского края застрахованным лицам за его пределами, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии).

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

2.1.1. Оплата 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, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи)

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

2.1.1.1. Расчет среднего подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях

На основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, определяется средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, в расчете на одно застрахованное лицо, по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{AMB}} = \frac{(N o_{\text{ПРОФ}} \times N \text{фз}_{\text{ПРОФ}} + N o_{\text{ОЗ}} \times N \text{фз}_{\text{ОЗ}} + N o_{\text{НЕОТЛ}} \times N \text{фз}_{\text{НЕОТЛ}}) \times \text{Чз} - O C_{\text{МПР}}}{\text{Чз}}, \text{ где:}$$

$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{AMB}}$ — средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$N o_{\text{ПРОФ}}$ — средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;

$N o_{\text{ОЗ}}$ — средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с

заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, обращений;

Но_{НЕОТЛ} средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;

Нф_{ПРОФ} средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

Нф_{ЗОЗ} средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

Нф_{НЕОТЛ} средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

ОС_{МТР} размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Приморского края, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей;

Ч_з численность застрахованного населения Приморского края, человек.

2.1.1.2. Определение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключая влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, коэффициента дифференциации, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, и оказываемой в фельдшерских, фельдшерских-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях (далее – коэффициент приведения в амбулаторных условиях) рассчитывается по следующей формуле:

$$K_{\text{РАМЕ}} = \frac{ПН_{\text{БАЗ}}}{ФО_{\text{РАМЕ}}}, \text{ где:}$$

$K_{\text{РАМЕ}}$ – коэффициент приведения в амбулаторных условиях;

$ПН_{\text{БАЗ}}$ – базовый подушевой норматив финансирования, рублей.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях в расчете на одно застрахованное лицо (ПНА) рассчитывается в соответствии с разделом 2.2. Методических рекомендаций.

2.1.1.3. Расчет базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц

Исходя из подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами (ПН_А), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо определяется базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = ПН_{А} - \frac{ОС_{ЕО}}{Ч_{Р}}, \text{ где:}$$

ПН_{БАЗ} базовый подушевой норматив финансирования, рублей;

ОС_{ЕО} размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами), рублей.

При расчете базового подушевого норматива, объем средств на оплату медицинской помощи, рассчитанный на основании нормативов объема и нормативов финансовых затрат, очищается от коэффициента дифференциации (КД), рассчитанного в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462.

Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, предусматривает оплату лечебно-

диагностических, профилактических мероприятий, **включающих** медицинские услуги:

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

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

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

- проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (комплексное посещение) (за исключением проведения 2 этапа диспансеризации), порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами министерства здравоохранения Российской Федерации. (Приложения №№ 9/8,9/10-9/12).

Проведение диспансерного наблюдения (за исключением проведения 2 этапа диспансеризации) в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение.

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации. Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения считаются выполненными в случае выполнения в течение года, в том числе в период, предшествующий мероприятию, не менее 85% от объема установленных медицинских услуг, включая обязательные исследования, установленными приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

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

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

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

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

- неотложная медицинская помощь, в том числе оказанная пациентам в приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации в течение одних суток;

- стоматологическая медицинская помощь;

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

- медицинская помощь, оказанная в Центрах здоровья;

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

- компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

- тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) Приложение № 20);

- проведения 2 этапа диспансеризации (Приложение № 9/9);

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

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

2.1.1.4. Расчет дифференцированных подушевых нормативов и поправочного коэффициента

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской организации должны определяться дифференцированно с учетом коэффициента специфики оказания медицинской помощи.

При расчете коэффициента специфики оказания медицинской помощи учитывается половозрастной состав населения в виде половозрастных коэффициентов дифференциации (пункт 2.5 раздела Методических рекомендаций).

На основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив (ДП_и) по следующей формуле:

$$ДП_{и}^i = ФО_{CF}^{АМБ} \times Пр_{АМБ} \times КС_{МО}^i \times КУ_{МО}^i \times КД_{от}^i \times КД^i, \text{ где:}$$

ДП_иⁱ дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей;

КДⁱ коэффициент дифференциации i-той медицинской

	организации;
ПРАМЕ	коэффициент приведения в амбулаторных условиях;
КСімо	коэффициент специфики оказания медицинской помощи;
КД^і	коэффициент дифференциации <i>i</i> -той медицинской организации (Приложение № 10).

КД_{іот} - коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (Приложение № 22) и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для *i* – той медицинской организации.

Указанный коэффициент определяется с учетом доли населения, обслуживаемого подразделениями, расположенными в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек в размере:

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, - 1,113,

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, – 1,04.

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не сама медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации КД_{іот}, коэффициент устанавливается в соответствии с Приложением № 22 к Тарифному соглашению.

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

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования амбулаторной медицинской помощи, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{FO_{CP}^{AMB} \times Pr_{AMB} \times Ч_3}{\sum_i (FO_{CP}^{AMB} \times Pr_{AMB} \times K_{MO}^i \times K_{OT}^i \times Ч_3^i \times K_{D}^i)}$$

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинской организации, имеющей прикрепленное население, рассчитывается по формуле:

$$ФДП_n^i = ДП_n^i \times ПК, \text{ где:}$$

ФДП_nⁱ фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей.

При определении дифференцированных подушевых нормативов финансирования рассчитывается коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации) по следующей формуле:

$$КУ_{МО}^i = \frac{ОС_{\text{проф}}^i}{\text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{АМБ}} \times \text{Пр}_{\text{АМБ}} \times \text{КС}_{\text{МО}}^i \times \text{КД}_{\text{ОТ}}^i \times \text{ПК} \times \text{Ч}_3^i \times \text{КД}^i} + 1$$

где:

$КУ_{МО}^i$ – коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), для i -той медицинской организации;

$ОС_{\text{проф}}^i$ – общий объем средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий в рамках 2 этапа диспансеризации), порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами, распределенный для i -той медицинской организации решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, рублей.

Объем средств финансирования по подушевому нормативу (СФ) для каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, без учета выполнения показателей результативности определяется по следующей формуле, (руб.):

$$\text{СФ} = \text{ФДПн}^i * \text{Ч}, \text{ где:}$$

ФДПн ^{i} - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей. (Приложение № 2);

Ч – численность застрахованного населения, прикрепленного к медицинской организации для амбулаторного обслуживания, по состоянию на последний день отчетного месяца, человек.

Объем средств финансирования по подушевому нормативу состоит из двух частей: основной и стимулирующей.

Доля основной части суммы средств подушевого финансирования в месяц при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, взрослому населению составляет 70% (0,70), детскому населению - 80%, (0,80) объема средств финансирования по подушевому нормативу.

Стимулирующая часть средств подушевого финансирования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, состоит из двух частей, зависит от выполнения медицинскими организациями показателей результативности деятельности.

Показатели результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц и оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, за достижение показателей результативности деятельности определены Приложением № 3 к настоящему Тарифному соглашению.

Оценку показателей результативности деятельности медицинских организаций за 1 квартал 2021 года не производить.

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

- медицинскими организациями на основании заключенных между ними договоров;

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

В случае отсутствия в медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Приморского края, возможности проведения медицинских услуг, необходимых для выполнения порядков и стандартов медицинской помощи, медицинская организация обязана заключить договор на их оказание с иной медицинской организацией по тарифам в соответствии с **Приложением № 23** «Тарифы простых медицинских услуг для межучрежденческих расчетов (при заключении договоров).

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

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

Оплата за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (за законченный случай) используется при оплате медицинской помощи, оказанной на территории Приморского края застрахованным лицам за его пределами, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц.

Тарифы за единицу объема медицинской помощи (за посещение, обращение (законченный случай)) учитывают расходы на врачебный осмотр,

врачебные и сестринские манипуляции, физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж, лечебную физкультуру, услуги процедурного, перевязочного и других вспомогательных кабинетов, проведение ультразвуковых и прочих диагностических исследований.

Оплата за единицу объема медицинской помощи осуществляется:

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

- компьютерной томографии;
- магнитно-резонансной томографии;
- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы;
- эндоскопических диагностических исследований;
- молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии.

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

- за стоматологическую медицинскую помощь (в том числе оказанную в неотложной форме) – за посещение и обращение, скорректированные с учетом содержащихся в них количестве УЕТ (Приложение № 9/2) по тарифам (Приложение № 9/3). Персонифицированный учет медицинских услуг по стоматологической медицинской помощи осуществляется в соответствии со средним количеством УЕТ в одной медицинской услуге, применяемым для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение № 9/4).

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

- за отдельную медицинскую услугу (Приложение № 9/5);
- по медицинским услугам, оказанным **в Центрах здоровья** - за посещение (Приложение № 9/6);
- проведение 2 этапа диспансеризации (Приложение № 9/9);
- тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (Приложение № 20);

Оплата медицинской помощи, оказанной в Центре здоровья, осуществляется по тарифам за посещение: для проведения комплексного обследования (при первичном обращении) и при динамическом наблюдении.

- оплата посещений при оказании медицинской помощи в **неотложной форме** в амбулаторных условиях производится в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, нормативными актами министерств и ведомств Российской Федерации по утвержденным тарифам за медицинские услуги (Приложение № 9/7).

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

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

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

оказание лечебной помощи) является функциональной обязанностью медицинского персонала приемного отделения, независимо от того, выявлены показания к госпитализации или нет. При этом должна быть оформлена медицинская документация, в т.ч. учетная форма № 001/у – «Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации», учетная форма № 074/у «Журнал регистрации амбулаторных больных», учетная форма № 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях" и другие.

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

Медицинская помощь, оказанная в приемном отделении пациентам, без последующей госпитализации в течение одних суток, оплачивается по тарифам за посещение (Приложение 9/7), и является медицинской помощью, оказанной в неотложной форме.

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

Медицинские организации оплату проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, в том числе в части проведения УЗИ врачами-специалистами, прошедшими специальную подготовку и имеющими допуск на проведение ультразвукового скринингового обследования, осуществляют на основании заключенных между МО договоров.

2.1.3. Способ оплаты за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услуг используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной

томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии

Оплата за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, производится в рамках установленных Территориальной программой ОМС и распределенных решением Комиссии между медицинскими организациями объемов предоставления медицинской помощи по тарифам, утвержденным настоящим Тарифным соглашением (Приложение № 7).

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

Ежедневно врачу предоставляются сведения о возможных объемах 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), предоставляемых в конкретных медицинских организациях.

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

Направления выдаются в электронном виде с использованием Единого информационного ресурса.

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

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

2.1.4. Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФП/ФАПы) при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», устанавливаются Программой государственных гарантий для ФП/ФАП с учетом коэффициента дифференциации к размерам финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

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

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

- наличие лицензии на оказание медицинской помощи по адресу ФП/ФАП, кроме передвижных (мобильных);
- наличие сведений о населении по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц на начало расчетного периода;
- наличие занятой должности медицинского работника;
- соответствие материально-технической базы.

Распределение ФП/ФАПов по категориям произведено ГУ ТФОМС ПК по состоянию на 01.11.2020:

- ФП/ФАП, обслуживающий до 100 жителей - 0 категория;

- ФП/ФАП, обслуживающий от 100 до 900 жителей - 1 категория;
- ФП/ФАП, обслуживающий от 900 до 1500 жителей - 2 категория;
- ФП/ФАП, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей - 3 категория;
- ФП/ФАП, обслуживающий более 2000 жителей - 4 категория.

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

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

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

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

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

Для ФП/ФАПов **не соответствующих требованиям**, установленным нормативным правовым актом Минздрава России (соответствие материально-технической базе и требованиям кадрового состава), размер финансирования определяется от количества занятых ставок, численности населения,

обслуживаемого ФП/ФАПом, коэффициентов дифференциации, а также от размера средств на содержание ФП/ФАПов.

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

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

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

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

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

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

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

Финансовое обеспечение ФП/ФАПов ежемесячно включается в счета медицинских организаций в разрезе СМО в размере 1/12 от годовой суммы исходя из доли застрахованного населения по состоянию на 01.11.2020 (Приложение № 8).

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

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

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

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

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ);
- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

2.2.1. Основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ

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

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской

помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи;

– заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, для которых Программой установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи;

– социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения);

- услуг диализа, включающих различные методы.

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

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

- предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;

- предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ (в случаях, являющихся исключениями);

- направляемые на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату

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

КСГ определяются в соответствии Методическими рекомендациями Минздрава России и ФФОМС.

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

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

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
				и шеи, взрослые	
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	st26.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,79

2.2.2. Основные параметры оплаты медицинской помощи по КСГ, определение стоимости законченного случая лечения

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

1. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи;
2. Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке;
3. Коэффициент относительной затратноемкости;
4. Коэффициент дифференциации;
5. Поправочные коэффициенты:
 - а. коэффициент специфики оказания медицинской помощи;
 - б. коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;
 - с. коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (СС(КСГ)) по КСГ (за исключением случаев госпитализации взрослых с применением

лекарственной терапии злокачественных новообразований) определяется по следующей формуле:

$$СС(КСГ) = НФЗ * КП * КЗ_{КСГ} * ПК * КД, \text{ где:}$$

НФЗ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, рублей;

КП - коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке;

КЗ_{КСГ} - коэффициент относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (Приложение № 11, Приложение № 14);

ПК - поправочный коэффициент оплаты КСГ;

КД - коэффициент дифференциации (Приложение № 10).

Размер коэффициента приведения при оплате специализированной медицинской помощи рассчитывается по следующей формуле:

$$КП = БС / НФЗ, \text{ где}$$

БС – размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, рублей.

2.2.2.1. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), определяется исходя из следующих параметров:

- объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и оплачиваемой по КСГ;

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

- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ.

Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) рассчитывается по формуле:

$$БС = \frac{ОС}{Ч_{сл} \times СПК}$$

СПК рассчитывается по формуле:

$$СПК = \frac{\sum (КЭ_i \times ПК_i \times КД_i \times Ч_{сл}^i)}{Ч_{сл}}$$

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

2.2.2.2. Поправочный коэффициент (ПК) оплаты КСГ рассчитывается по следующей формуле (с округлением до двух знаков после запятой):

$$ПК = КС_{КСГ} * КУС_{мо} * КСЛП, \text{ где:}$$

КС_{КСГ} – коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (Приложение № 11, Приложение № 14);

КУС_{мо} – коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, в которой был пролечен пациент (Приложение 1);

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента (Приложение № 21).

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

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

2.2.2.4. Коэффициент сложности лечения пациента

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

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

Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением КСЛП. При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 70 дней, обусловленная медицинскими показаниями.

Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.075-st19.089, ds19.050-ds19.062), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП.

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8.

2.2.2.5. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи

К прерванным случаям оказания медицинской помощи помимо случаев лечения, которые заканчиваются переводом пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выпиской пациента из медицинской

организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальным исходом, при проведении диагностических исследований в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, относятся также законченные случаи лечения, длительность которых составляет 3 дня и менее.

Исключения из данного порядка установлены для КСГ, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения (Приложение № 11). Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения в соответствии с Программой) по КСГ, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 85% от стоимости КСГ.

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

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

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной

инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с установленными правилами, для прерванных случаев.

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

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

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

Если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

В случае если фактическое количество дней введения в рамках случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, определенному Приложением 1 к Методическим рекомендациям, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

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

Оплата прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Правило оплаты госпитализации по двум КСГ:

Помимо случаев перевода пациента при возникновении нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10, и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, оплата **по двум КСГ** осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ 10:

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

2. Оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных

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

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

5. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением (оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение»).

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

O14.1 «Тяжелая преэклампсия»;

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

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

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

O42.2 «Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией».

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

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

2.2.2.6. Оплата отдельных случаев медицинской помощи

1) Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»

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

2) Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология»

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

3) Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях круглосуточного стационара осуществляется - за

услугу диализа (Приложение № 12) только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в условиях дневного стационара - за услугу диализа (Приложение № 12) и при **необходимости** в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Учитывая единственный способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара - законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество процедур в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

При этом в период лечения пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

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

5) Оплата случаев с лекарственной терапией при злокачественных новообразованиях (КСГ st08.001-st08.003, st19.062-st19.074, st19.090-st19.102, ds08.001-ds08.003, ds19.037-ds19.049, ds19.063-ds19.078).

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС * КЗ_{КСГ} * ((1 - Дзп) + Дзп * ПК * КД), \text{ где:}$$

- БС** размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;
- КЗ_{КСГ}** коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
- Дзп** доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (Приложение № 11, Приложение № 14);
- ПК** поправочный коэффициент оплаты КСГ;
- КД** коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

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

В случаях применения схем sh9001 и sh9002 обязательно проведение экспертизы качества медицинской помощи.

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

Учитывая, что при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей в ряде случаев длительность госпитализации может значительно превышать 30 дней, предполагается ежемесячная подача счетов на оплату, начиная с 30 дней с даты госпитализации. Для каждого случая,

предъявляемого к оплате, отнесение к КСГ осуществляется на основании критериев за период, для которого формируется счет.

7) Классификационные критерии подгрупп КСГ

1. В случае если иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции является основным поводом для госпитализации, для отнесения к КСГ **ds36.004** случай следует кодировать по коду МКБ 10 Z25.8 «Необходимость иммунизации против другой уточненной одной вирусной болезни». При комбинации кода МКБ-10 (диагноза) и кода Номенклатуры А25.30.035 «Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)» классификационным критерием также является возраст: до двух лет. При этом количество случаев госпитализации одного пациента по КСГ ds36.004 определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по соответствующей нозологии.

Классификационными критериями для подгрупп (02-05) КСГ **ds36.004** «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов» является указанием кода препарата Паливизумаба (ID =001647 согласно N020 - Классификатор лекарственных препаратов, применяемых при проведении лекарственной терапии) и дозы препарата– количество флаконов.

Классификационными критериями являются:

- для подгруппы **ds36.004.01** «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов» является указание кода МКБ-10 согласно группировщику, за исключением услуги А25.30.035 «Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной

(PBC) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб);

- для подгруппы **ds36.004.02** «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (иммунизация детей против PBC –1 флакон)» является указание кода МКБ-10 согласно группировщику в сочетании с услугой А25.30.035 – дозы препарата не более 1 флакона;

- для подгруппы **ds36.004.03** «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (иммунизация детей против PBC –2 флакона)» является указание кода МКБ-10 согласно группировщику в сочетании с услугой А25.30.035 с указанием дозы препарата –2 флакона;

- для подгруппы **ds36.004.04** «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (иммунизация детей против PBC –3 флакона)» является указание кода МКБ-10 согласно группировщику в сочетании с услугой А25.30.035 с указанием дозы препарата –3 флакона;

- для подгруппы **ds36.004.05** «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (иммунизация детей против PBC –4 флакона)» является указание кода МКБ-10 согласно группировщику в сочетании с услугой А25.30.035 с указанием дозы препарата –4 флакона;

- для подгруппы **ds36.004.06** «Лечение с применением лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при заболеваниях кожи и группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях» является указание кода МКБ-10 согласно группировщику:

- для услуги А25.04.001.001 «Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях» и код лекарственного препарата ID=000681 (МНН Голимумаб (симпони));

- для услуги A25.01.001.002 «Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при заболеваниях кожи» - код лекарственного препарата ID=002172 (МНН Устекинумаб (стелара)).

Значения коэффициентов затратоемкости (**КЗ**):

- для подгруппы **ds36.004.01** = 9,17
- для подгруппы **ds36.004.02** = 6,25;
- для подгруппы **ds36.004.03** = 10,55;
- для подгруппы **ds36.004.04** = 14,85;
- для подгруппы **ds36.004.05** = 19,16;
- для подгруппы **ds36.004.06** КЗ =13,80.

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

Классификационными критериями являются:

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

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

- указание кода МКБ-10: **Z36.8** и кодов услуг согласно Номенклатуре: осмотр не менее 8 из перечисленных в приказе МЗПК от 07.05.2019 № 18/пр/444 врачей-специалистов и 100% инструментальных и лабораторных исследований указанных в приказе;

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

Значения коэффициентов затратно-емкости (**КЗ**):

- для подгруппы **ds36.002.01** = 0,54;

- для подгруппы **ds36.002.02** = 0,57.

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

Расчет стоимости случая лечения заболевания производится на основании нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи включенных, в базовую программу ОМС, утвержденному в Приложении (раздел 1) к Программе государственных гарантий, скорректированных на величину коэффициента дифференциации, согласно Письму по утвержденным тарифам (Приложение № 13).

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

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

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

Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется из объема средств финансирования по подушевому нормативу и объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов.

2.3.1. Основные параметры оплаты скорой медицинской помощи

На основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, определяется **размер среднего подушевого норматива финансирования** скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{СМП} = \frac{(N_o_{СМП} \times N_{фз_{СМП}}) \times Чз - O_{С_{МТР}}}{Чз}, \text{ где:}$$

$\Phi O_{CP}^{СМП}$ размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$N_o_{СМП}$ средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы обязательного медицинского страхования, вызовов;

$N_{фз_{СМП}}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской

организации, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$ОС_{МТР}$ размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами Приморского края, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей;

$Чз$ численность застрахованного населения Приморского края, человек.

2.3.2. Определение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования,

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключая влияние применяемых коэффициентов к специфике, коэффициента дифференциации, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии (далее – коэффициент приведения скорой медицинской помощи) рассчитывается по следующей формуле:

$$Пр_{СМП} = \frac{ПН_{БАЗ}}{ФО_{СМП}}, \text{ где:}$$

$Пр_{СМП}$ – коэффициент приведения скорой медицинской помощи;

$ПН_{БАЗ}$ – базовый подушевой норматив финансирования, рублей.

2.3.3. Определение базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из размера среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими

организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$ПН_{\text{БАЗ}} = \frac{(\text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{СМП}} \times Ч_3 - \text{ОС}_B)}{Ч_3}, \text{ где:}$$

$ПН_{\text{БАЗ}}$ базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

$ОС_B$ размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в Приморском крае за вызов, в том числе на оплату скорой медицинской помощи в случае проведения тромболитизиса, рублей.

При расчете базового подушевого норматива, объем средств на оплату медицинской помощи, рассчитанный на основании нормативов объема и нормативов финансовых затрат, очищается от коэффициента дифференциации (КД), рассчитанного в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462.

2.3.4. Определение дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи

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

$$ДПН^i = \text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{СМП}} \times Пр_{\text{СМП}} \times \text{КС}_{\text{СМП}}^i \times \text{КД}^i, \text{ где:}$$

$ДП_n^i$ дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей;

$КС_{СМП}^i$ коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи i -той медицинской организацией;

$КД^i$ коэффициент дифференциации i -той медицинской организации (Приложение № 10).

Коэффициент **специфики** оказания скорой медицинской помощи определяется для каждой медицинской организации по следующей формуле:

$$КС_{СМП}^i = КД_{ПВ} * КД_{СР} * КД_{ЗП}, \text{ где:}$$

$КС_{СМП}^i$ коэффициент специфики оказания медицинской помощи;

$КД_{ПВ}$ половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

$КД_{ЗП}$ коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в Приморском крае;

$КД_{СР}$ коэффициент дифференциации, учитывающий средний радиус территории обслуживания (при наличии).

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{ФО_{СР}^{СМП} \times П_{СМП} \times Ч_2}{\sum_i (ДП_n^i \times Ч_1^i)}, \text{ где:}$$

Ч_3^i численность застрахованных лиц, обслуживаемой i -медицинской организации, человек.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации для группы (подгруппы) медицинских организаций (ФДПн) рассчитывается по формуле:

$$\text{ФДПн}^i = \text{ДПн}^i \times \text{ПК}, \text{ где:}$$

ФДПн^i фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей.

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

Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива, численности обслуживаемого населения, а также объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов по следующей формуле:

$$\text{ФО}_{\text{СМП}} = \text{ФДПн}^i \times \text{Ч}_3^{\text{ПР}} + \text{ОС}_B, \text{ где:}$$

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

$\text{Ч}_3^{\text{ПР}}$ численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек.

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

Вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе включает комплекс диагностических и лечебных манипуляций, проводимых бригадой скорой медицинской помощи с использованием лекарственных средств.

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

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, применяется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях **исключаются** расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), 2 этапа диспансеризации.

Указанный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц для медицинской организации складывается из рассчитанного фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц для данной медицинской организации, включающего медицинскую помощь в неотложной форме, а также средства на финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

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

Показатели результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи) и Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц и оказывающим медицинскую помощь по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), за достижение показателей результативности деятельности определены Приложением № 19 к настоящему Тарифному соглашению.

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций производится раз в квартал и утверждаются решением Комиссии.

Оценку показателей результативности деятельности медицинских организаций за 1 квартал 2021 года не производить.

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

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

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

Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) **включает расходы** на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, а также специализированную медицинскую помощь в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – случай госпитализации, расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию всех видов (за исключением 2 этапа диспансеризации), порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами, **за исключением расходов:**

- на оплату диализа;
- на оплату высокотехнологичной медицинской помощи;

- на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований (магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

- на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, а также 2 этапа диспансеризации;

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

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

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

Оплата медицинской помощи, оказанная инокраевым гражданам на территории Приморского края, и жителям Приморского края за пределами территории страхования проводится согласно Правил.

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

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

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

Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности в другом субъекте Российской Федерации, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, действующие в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи.

Территориальный фонд ОМС другой территории предъявляет в ГУ ТФОМС ПК к оплате реестр счетов и счет на общую сумму оказанных услуг. Реестр счетов передается согласно правилам представления информации при проведении межтерриториальных расчетов.

ГУ ТФОМС ПК производит оплату счета после получения его на бумажном носителе или в электронном виде с электронно-цифровой подписью по тарифам, действующим на другой территории на момент оказания

медицинской помощи, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

3. Тарифы на оплату медицинской помощи

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяются в зависимости от формы, вида и условий оказания медицинской помощи по способам оплаты медицинской помощи, указанным в настоящем Тарифном соглашении, в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил ОМС и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397 «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

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

Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцировано с учетом уровня медицинской организации (коэффициента уровня) для групп МО и (или) структурных подразделений МО:

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

2) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации второго уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за

исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению нескольких муниципальных образований, а также указанной медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами;

3) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации третьего уровня (структурном подразделении) применяется при расчете тарифа на оплату специализированной медицинской помощи медицинскими организациями (структурными подразделениями), оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь (профиль КСГ соответствует профилю ВМП).

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

- на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты;
- приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации);
- расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, 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.

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

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

В состав расходов на заработную плату включается финансовое

обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, предусмотренные трудовым законодательством Российской Федерации:

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

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

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

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

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

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

- не связанные с деятельностью по ТП ОМС, в том числе расходы по содержанию имущества, сдаваемого в аренду и (или) используемого в коммерческой деятельности и (или) переданного в безвозмездное пользование;

- на проведение капитального ремонта нефинансовых активов (в том числе зданий и сооружений, приобретение материалов для проведения

капитального ремонта и оплата труда работников, задействованных в проведении капитального ремонта, составление и экспертиза проектно-сметной документации, капитальный ремонт оборудования, автомобилей и т.д.);

- на приобретение иммунобиологических препаратов для вакцинации населения в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

- на приобретение основных средств стоимостью свыше 100 000 рублей за единицу;

- расходы на оплату получения высшего и/или среднеспециального образования, обучение в ординатуре, интернатуре;

- прочие расходы, финансируемые согласно ТППГ за счет бюджетов всех уровней, в том числе в виде выплат (надбавок, повышений и иных доплат) к заработной плате установленных нормативными правовыми актами Примоского края (в т.ч. органами исполнительной власти) сверх размеров утвержденных нормативными документами Российской Федерации.

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

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

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

- Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Приморского края, в расчете на одно застрахованное лицо составляет - 6 505,72 рубля в год.

- Размер базового подушевого норматива финансовых затрат – 2932,02 рублей в год, (244,34 рублей в месяц).

- Значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования (Приложение № 2).

- Значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, составляет – 0,4507.

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

моложе трудоспособного возраста						трудоспособный возраст		старше трудоспособного возраста	
до года		1-4 года		5-17 лет		18-64 года	18-64 года	65 лет и старше	65 лет и старше
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
3,3227	3,0988	2,1532	2,0380	1,3166	1,3505	0,5451	0,7973	1,6000	1,6000

– Значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

– Перечень медицинских услуг, входящих в посещение, обращение по профилю «Стоматология» для оказания помощи в стоматологических

поликлиниках (стоматологических отделениях, кабинетах медицинских организаций) (Приложение 9/2);

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

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

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

– Тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в центрах здоровья медицинских организаций всех уровней (Приложение № 9/6);

– Тарифы на оплату посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях (Приложение № 9/7);

– Тарифы для оплаты диспансеризации определенных групп взрослого населения - I этап диспансеризации, для межтерриториальных расчетов (Приложение № 9/8);

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

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

- Тарифы для оплаты профилактических медицинских осмотров взрослого населения, для межтерриториальных расчетов (Приложения № 9/11);
- Тарифы для оплаты профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, для межтерриториальных расчетов (Приложение № 9/12);
- Коэффициенты дифференциации, используемые в расчетах тарифов на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС (Приложение № 10);
- Тарифы на оплату единицы объема (отдельные медицинские услуги) (Приложение № 20);
- Тарифы на отдельные медицинские услуги для возмещения расходов медицинским организациям системы ОМС, связанных с оказанием медицинской помощи определенным категориям граждан согласно Постановлениям Правительства РФ № 1093 от 26.09.1994, № 911 от 31.12.2004, № 1563 от 15.12.2018 (Приложение № 23).

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

- Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), в стационарных условиях с коэффициентом дифференциации составляет – 32 443,24 рублей, без коэффициента дифференциации – 23 475,57 рублей;
- Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) в условиях дневного стационара с коэффициентом дифференциации составляет 18 392,65 рублей, без коэффициента дифференциации – 13 308,72 рубля;
- Размер коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат к базовой ставке в стационарных условиях – 0,65;

- Размер коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат к базовой ставке в условиях дневного стационара – 0,60;
- Перечень сочетанных хирургических вмешательств (Приложение № 4);
- Перечень однотипных операций на парных органах (Приложение № 6);
- Коэффициенты дифференциации, используемые в расчетах тарифов на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС (Приложение № 10);
- Перечень клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний (в том числе КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, и КСГ, подлежащих оплате в полном объеме независимо от длительности лечения), коэффициенты относительной затратно-емкости, управленческие коэффициенты в условиях круглосуточного стационара (Приложение № 11);
- Перечень клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний (в том числе КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, и КСГ, подлежащих оплате в полном объеме независимо от длительности лечения), коэффициенты относительной затратно-емкости в условиях дневного стационара (Приложение № 14);
- Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях устанавливаются в размере:

Уровень (подуровень) медицинской организации в соответствии с Приложением № 1 к Тарифному соглашению	Коэффициент уровня (подуровня)
Первый (среднее значение)	0,84
1.1	0,80
1.2	0,85
1.3	0,95

Второй (среднее значение)	0,90
2.1	0,90
2.2	1,00
Третий (среднее значение)	1,11
3.1	1,10
3.2	1,15

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

Уровень (подуровень) медицинской организации в соответствии с Приложением № 1 к Тарифному соглашению	Коэффициент уровня (подуровня)
Первый (среднее значение)	0,80
1.1	0,8
1.2	0,81
Второй (среднее значение)	0,96
2.1	0,9
2.2	1,0
Третий (среднее значение)	1,1
3.1	1,1

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

– Тарифы на оплату медицинской помощи на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего, в том числе методы лечения), финансирование которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования (Приложение №13);

– Перечень клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний (в том числе КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, и КСГ, подлежащих оплате в полном объеме независимо от длительности лечения), коэффициенты относительной затратоемкости в условиях дневного стационара (Приложение №14);

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

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

- Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо - 1 079,37 рублей в год.

- Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи – 1060,55 рублей в год, (88,38 рублей в месяц), без коэффициента дифференциации (Кдиф) – 63,95 рублей в месяц.

- Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, составляет - 0,9825639.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи

моложе трудоспособного возраста						трудоспособный возраст		старше трудоспособного возраста	
до года		1-4 года		5-17 лет		18-59 лет	18-54 лет	60 лет и старше	55 лет и старше
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
2,1587	1,8614	1,3611	1,2358	0,5365	0,5528	0,6129	0,7103	1,7388	1,9559

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

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

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

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

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

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

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

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

- Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц и оказывающим медицинскую помощь по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (за исключением скорой медицинской

помощи), за достижение показателей результативности деятельности (Приложение № 19);

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

4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

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

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

5. Заключительные положения

Приложения являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

- Приложение № 1 - Перечень медицинских организаций в разрезе условий оказания медицинской помощи;
- Приложение № 2 - Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц;
- Приложение № 3 – Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц и оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, за достижение показателей результативности деятельности;
- Приложение № 4 – Перечень сочетанных хирургических вмешательств;
- Приложение № 5/1 - Тарифы за единицу объема (посещение, обращение) по специальностям амбулаторного приема, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу для осуществления межучрежденческих расчетов;
- Приложение № 5/2 - Тарифы за единицу объема (медицинские услуги) для осуществления межучрежденческих расчетов;
- Приложение № 5/3 -Тарифы за единицу объема (медицинские услуги, входящие в минимальный перечень лабораторных и инструментальных исследований, обязательных для выполнения поликлиниками-прикрепления при направлении на консультацию в соответствии с маршрутизацией пациентов) для осуществления межучрежденческих расчетов;
- Приложение № 5/4 -Тарифы за единицу объема (бактериологические исследования)* для осуществления межучрежденческих расчетов;

- Приложение № 6 – Перечень однотипных операций на парных органах;
- Приложение № 7 – Тарифы на оплату за отдельные диагностические (лабораторные) исследования;
- Приложение № 8 – Перечень фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов и размер их финансового обеспечения;
- Приложение № 9/1 - Тарифы на оплату единицы объема (посещения, обращения) по специальностям амбулаторного приема, финансовое обеспечение которых не осуществляется по подушевому нормативу;
- Приложение № 9/2 - Перечень медицинских услуг, входящих в посещение, обращение по профилю «Стоматология» для оказания помощи в стоматологических поликлиниках (стоматологических отделениях, кабинетах медицинских организаций);
- Приложение № 9/3 - Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (стоматологическая УЕТа);
- Приложение № 9/4 - Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- Приложение № 9/5 - Тарифы на оплату единицы объема (отдельные медицинские услуги);
- Приложение № 9/6 - Тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в центрах здоровья медицинских организаций всех уровней;
- Приложение № 9/7 - Тарифы на оплату посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях;

- Приложение № 9/8 - Тарифы для оплаты диспансеризации определенных групп взрослого населения - 1 этап диспансеризации, для межтерриториальных расчетов;
- Приложение № 9/9 - Тарифы для оплаты диспансеризации определенных групп взрослого населения - 2 этап диспансеризации;
- Приложение № 9/10 - Тарифы для оплаты диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, для межтерриториальных расчетов;
- Приложение № 9/11 - Тарифы для оплаты профилактических медицинских осмотров взрослого населения, для межтерриториальных расчетов;
- Приложение № 9/12 - Тарифы для оплаты профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, для межтерриториальных расчетов;
- Приложение № 10- Коэффициенты дифференциации, используемые в расчетах тарифов на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС;
- Приложение № 11 - Перечень клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний (в том числе КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, и КСГ, подлежащих оплате в полном объеме независимо от длительности лечения), коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициенты специфики в условиях круглосуточного стационара;
- Приложение № 12 - Тарифы на оплату услуг диализа;

– Приложение № 13 - Тарифы на оплату медицинской помощи на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), финансирование которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования;

– Приложение № 14 - Перечень клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний (в том числе КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, и КСГ, подлежащих оплате в полном объеме независимо от длительности лечения), коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициенты специфики в условиях дневного стационара;

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

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

– Приложение № 17 - Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи);

– Приложение № 18 - Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям, с учетом показателей результативности (за исключением скорой медицинской помощи);

– Приложение № 19 - Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц и оказывающим медицинскую помощь по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (за

исключением скорой медицинской помощи), за достижение показателей результативности деятельности;

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

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

- Приложение № 22 – Коэффициент дифференциации на прикрепившихся (*обслуживаемых*) к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек;

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

В настоящее Тарифное соглашение могут быть внесены изменения и дополнения:

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

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

3) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской

помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

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

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

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

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

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

Для медицинских организаций, вновь включенных в Перечень МО, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Приморского края в 2021 году, в файлах со сведениями об оказанной медицинской помощи, дата начала лечения должна быть не ранее 01.01.2021.

Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания, распространяется на правоотношения, возникшие с 01 января 2021 года и действует по 31 декабря 2021 года.

Председатель комиссии



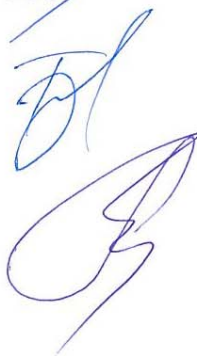
А.Г. Худченко

Секретарь комиссии



К.В. Скорупский

Члены комиссии:



Б.П. Тихонов

И.И. Лизенко