**Тарифное соглашение**

**в сфере обязательного медицинского страхования**

**Челябинской области № 771 - ОМС**

30 декабря 2020 года

**Раздел I. Общие положения**

Министерство здравоохранения Челябинской области в лице:

- Министра здравоохранения Челябинской области Семенова Юрия Алексеевича,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Челябинской области в лице:

- директора Ткачевой Агаты Геннадьевны,

- заместителя директора по финансовым вопросам Мироновой Натальи Юрьевны,

Челябинский филиал общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС», Полномочный представитель Всероссийского союза страховщиков по медицинскому страхованию в Челябинской области в лице Коноваленко Яны Александровны,

Общество с ограниченной ответственностью Страховая медицинская компания «АСТРА-МЕТАЛЛ» в лице исполнительного директора по медицинским проектам, связям с государственными органами и обеспечению бизнеса Ковтуна Александра Алексеевича,

Союз медицинского сообщества «Медицинская палата Челябинской области» в лице:

- председателя Альтмана Давида Шуровича,

- члена Союза Москвичевой Марины Геннадьевны,

Челябинская областная организация Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице:

- председателя Ковальчук Нины Петровны,

-главного специалиста по социально-экономическим вопросам Кинихиной Валентины Николаевны,

именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области (далее – Тарифное соглашение) в соответствии с:

- Федеральными законами от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ), от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

- постановлениями Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление Правительства РФ от 05.05.2012 № 462), от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (далее - Программа),

- приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» (далее - приказ Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 255), от 02.12.2009 № 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи» (далее – приказ Минздравсоцразвития России от 02.12.2009 № 942), от 23.03.2012 № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты» (далее - приказ Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 № 252н), от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» (далее - приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 555н), от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования», от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – приказ Минздравсоцразвития России  от 15.05.2012 № 543н),

- приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации» (далее - приказ Минздрава РФ от 30.12.2002 № 413), от 13.11.2003 № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации» (далее - приказ Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545), от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (далее – приказ Минздрава РФ от 15.02.2013 № 72н), 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» (далее – приказ Минздрава РФ от 11.04.2013 № 216н), от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (далее – приказ Минздрава РФ от 20.06.2013 № 388н), от 28.10.2020 № 1165н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи» (далее – приказ Минздрава РФ от 28.10.2020 № 1165н), от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (далее – приказ Минздрава РФ от 10.08.2017 № 514н), от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее – приказ Минздрава РФ от 13.10.2017 № 804н), от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС), от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – приказ Минздрава РФ от 13.03.2019 № 124н), от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» (далее – приказ Минздрава РФ от 19.03.2020 № 198н), от 24.03.2016 № 179н «О правилах проведения патолого-анатомических исследований» (далее - приказ Минздрава РФ от 24.03.2016 № 179н), от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (далее – приказ Минздрава РФ от 20.10.2020 № 1130н), от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее – приказ Минздрава РФ от 29.12.2020 № 1397н),

- 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» (далее – приказ ФФОМС от 28.02.2019 № 36),

- постановлением Правительства Челябинской области от 29.12.2020 № 758-П «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (далее – территориальная программа),

- приказами Министерства здравоохранения Челябинской областиот 20.12.2012 № 1782 «Об утверждении порядка направления прикрепленного гражданина к медицинским организациям-фондодержателям с целью получения внешних медицинских услуг в медицинских организациях-исполнителях при взаиморасчетах за счет средств подушевого финансирования» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 20.12.2012 № 1782), от 27.06.2011 № 825 «Об организации деятельности центров здоровья для формирования здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака», от 31.12.2015 № 2075 «Об организации проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 31.12.2015 № 2075), от 31.12.2015 № 2076 «Об организации проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью в Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 31.12.2015 № 2076), от 30.04.2019 № 440 «О порядке проведения диагностических исследований больным на позитронно-эмиссионном томографе, совмещенном с компьютерным томографом, и однофотонном эмиссионном компьютерном томографе в центрах позитронно-эмиссионной томографии Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 30.04.2019 № 440), от 06.06.2016 № 900 «О совершенствовании пренатальной дородовой диагностики на территории Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 06.06.2016 № 900), от 31.07.2009 № 867 «Об организации межрайонных отделений пренатальной диагностики в Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 31.07.2009 № 867), от 30.12.2015 № 2043 «О маршрутизации пациентов с хронической болезнью почек 5 стадии, нуждающихся в оказании диализной помощи в Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 30.12.2015 № 2043), от 09.09.2016 № 1517 «Об организации оказания экстренной и планово-консультативной медицинской помощи в Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 09.09.2016 № 1517), от 13.12.2016 № 2111 «О маршрутизации взрослых пациентов с парентеральными вирусными гепатитами в Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 13.12.2016 № 2111), от 23.12.2016 № 2180 «О создании кабинетов мониторинга состояния здоровья и развития детей из групп перинатального риска, в том числе детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, очень низкой массой тела и недоношенных, на территории Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 23.12.2016 № 2180), от 08.12.2016 № 2079 «О порядке маршрутизации больных неврологического профиля, страдающих рассеянным склерозом, заболеваниями экстрапирамидной нервной системы, эпилепсией и другими пароксизмальными заболеваниями нервной системы, на амбулаторном этапе» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 08.12.2016 № 2079), от 29.03.2017 № 577 «Об организации консультативно-диагностического центра в ГБУЗ «Челябинский областной клинический терапевтический госпиталь для ветеранов войн»» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 29.03.2017 № 577), от 17.08.2017 № 1528 «Об организации деятельности специализированных мобильных медицинских бригад для оказания плановой первичной специализированной медико-санитарной помощи населению муниципальных образований Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 17.08.2017 № 1528), от 18.12.2017 № 2348 «Об организации проведения несовершеннолетним профилактических медицинских осмотров на территории Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 18.12.2017 № 2348), от 11.12.2017 № 2286 «О внедрении пилотного проекта дистанционного диспансерного наблюдения больных с артериальной гипертензией с использованием средств ОМС на территории Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 11.12.2017 № 2286), от 21.01.2016 № 68 «О маршрутизации взрослых пациентов при оказании медицинской помощи по профилю онкология в Челябинской области» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 21.01.2016 № 68), от 26.12.2019 № 1430 «О работе детских консультативно-диагностических центров в Челябинской области», от 27.01.2020 № 65 «Об открытии и функционировании Центров амбулаторной онкологической помощи в Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 27.01.2020 № 65),

- приказами Министерства здравоохранения Челябинской области, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области от 14.03.2019 № 237/188 «Об утверждении Порядка учета численности застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, обслуживаемых медицинскими организациями при оказании первичной медико-санитарной помощи на территории Челябинской области и Порядка учета численности застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, обслуживаемых медицинскими организациями Челябинской области при оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (далее – приказ от 14.03.2019 № 237/188), от 27.11.2018 № 2479/874 «Об утверждении Правил информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области»,

- приказом Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования от 03.06.2011 № 392 «Об утверждении Порядка организации проведения межтерриториальных расчетов в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области» (далее – приказ ЧОФОМС от 03.06.2011 № 392),

- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.12.2020 № 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»,

- письмами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26.09.2012 № 14-0/10/2-2564, № 7155/30 «О направлении Методических рекомендаций «Скорая медицинская помощь в системе ОМС. Этап становления, перспективы развития», от 30.12.2020 № 11-7/И/2-20691 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (далее - Методические рекомендации),

и иными нормативными правовыми актами.

2. Предметом настоящего Тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинским организациям, осуществляющим деятельность в сфере ОМС на территории Челябинской области, медицинской помощи, оказываемой застрахованным гражданам в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области на соответствующий год, утверждаемой Правительством Челябинской области, в части территориальной программы ОМС (далее - территориальная программа ОМС).

Тарифное соглашение устанавливает способы оплаты медицинской помощи, применяемые в сфере ОМС на территории Челябинской области, размер и структуру тарифов на оплату медицинской помощи, размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

3. В настоящем Тарифном соглашении используются следующие Термины и определения:

- **Базовая ставка** – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, с учетом других параметров, предусмотренных методическими рекомендациями.

- **Базовый тариф на оплату гемодиализа (БТгд)** **–** стоимость медицинской услуги А18.05.002 «Гемодиализ».

- **Базовый тариф на оплату перитонеального диализа (БТпд)** – стоимость медицинской услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ».

- **Внешние медицинские услуги** (для целей подушевого финансирования) - консультативные, лечебно-диагностические, профилактические медицинские услуги, оказанные застрахованным лицам МО-Исполнителями по направлению МО-Фондодержателей, которые оплачиваются по тарифам на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

- **Дополнительный тариф** **–** дополнительный тариф на оплату:

1) в рамках базовой программы ОМС:

- специализированной стационарной медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»;

- специализированной стационарной медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» по КСГ st25.012.1 «Операции на сосудах (уровень 5)» с применением кода услуги A16.23.034.013 «Локальная эндоваскулярная трансартериальная тромбоэкстракция»

за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области на дополнительное финансовое обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 главы 7 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

2) в рамках сверх базовой программы ОМС за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области на финансовое обеспечение оплаты проезда пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, к месту лечения и обратно.

 - **Клинико-профильная группа (КПГ)** - группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи.

- **Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ)** – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

- **Коэффициент дифференциации** **(КД)** – коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для отдельных территорий.

- **Коэффициент относительной затратоемкости (КЗкс, КЗдс, КЗд) -** коэффициент, отражающий отношение:

- стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний (в стационарных условиях и в условиях дневного стационара) к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

- стоимости услуг диализа к базовому тарифу на оплату диализа.

- **Коэффициент уровня медицинской организации** – коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях.

- **Коэффициент подуровня медицинской организации** – коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню медицинской организации в стационарных условиях, обусловленный объективными причинами.

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

- **Коэффициент специфики** **(КСКС, КСДС)** – коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе заболеваний.

**- Коэффициент специфики (КСАМБ, КССМП) –** коэффициент, учитывающий объективные критерии дифференциации стоимости оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, скорой медицинской помощи.

- **Медицинские организации - Исполнители** (далее - МО-Исполнители):

- для целей подушевого финансирования - медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях - самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, включая врачей общей практики, фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты, оказывающие внешние медицинские услуги, медицинские организации, не имеющие прикрепленного населения, указанные в графе 4 приложения 1 к Тарифному соглашению. МО-Фондодержатель является одновременно МО-Исполнителем в случае оказания внешних медицинских услуг не прикрепленным к ним лицам.

- **Медицинские организации – Фондодержатели** (далее - МО-Фондодержатели) - медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях - самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, включая врачей общей практики, фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты (за исключением стоматологических поликлиник), оказывающие в установленном порядке медицинскую помощь за счет средств ОМС в рамках территориальной программы ОМС, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, имеющие застрахованных по ОМС прикрепленных лиц, оплата медицинской помощи которым осуществляется по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц.

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

- **Неотложная медицинская помощь -** медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи (или на дому при вызове медицинского работника), в отделении (кабинете) неотложной стоматологической медицинской помощи.

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

- **Обслуживаемое население** **станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи** – это лица, застрахованные по ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ, сведения о которых содержатся в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц Челябинской области и место жительства которых относится к территории обслуживания станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи.

Территория обслуживания станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи устанавливается Министерством здравоохранения Челябинской области или органами Управлений здравоохранения муниципальных образований Челябинской области.

Место жительства определяется согласно сведениям, содержащимся в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц Челябинской области, об адресе фактического проживания. В случае отсутствия в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц Челябинской области сведений об адресе фактического проживания застрахованного лица, место жительства определяется на основании сведений об адресе его регистрации по месту жительства.

- **Оплата медицинской помощи по КСГ**  - оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратоемкости, поправочных коэффициентов и коэффициента дифференциации.

- **Оплата медицинской помощи за медицинскую услугу –** вамбулаторныхусловиях - за медицинскую услугу; в условиях круглосуточного стационара - за медицинскую услугу в сочетании с основной КСГ, за медицинскую услугу в сочетании с высокотехнологичной медицинской помощью, за медицинскую услугу; в условиях дневного стационара – за медицинскую услугу и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание.

- **Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний** – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом классификационных критериев, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп.

- **Поправочные коэффициенты** – коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов.

- **Прикрепленное лицо к МО–Фондодержателю -** лицо, застрахованное по ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ, проживающее на территории Челябинской области и учтенное за МО-Фондодержателем в соответствии с приказом от 14.03.2019 № 237/188 для получения первичной медико-санитарной помощи.

- **Случай госпитализации** **-** случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС.

- **Условная единица трудоемкости** (далее **-** УЕТ) – норматив времени, затрачиваемый при оказании стоматологической медицинской помощи.

За одну условную единицу трудоемкости (УЕТ) принимаются 10 минут. Один визит пациента является одним посещением.

- **Фондодержание** - способ подушевого финансирования МО-Фондодержателей, при котором подушевой норматив включает финансовые средства на оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи прикрепленным лицам, оплату внешних медицинских услуг, оказанных прикрепленным лицам МО–Исполнителями по тарифам на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

1. Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области, оказанной застрахованным лицам, осуществляется в соответствии с законодательством РФ об ОМС.

Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области (далее – Тарифы на оплату медицинской помощи) на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Челябинской области (далее – Комиссия), в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в соответствии с приказом ФФОМС от 28.02.2019 № 36, с учетом разделов II, IV настоящего Тарифного соглашения.

Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области из средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области, выделенных на финансовое обеспечение:

- дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС;

- дополнительных объемов медицинской помощи, установленных сверх базовой программы ОМС

осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в соответствии с приказом ФФОМС от 28.02.2019 № 36, с учетом разделов II, IV настоящего Тарифного соглашения.

Дополнительное финансовое обеспечение медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС осуществляется по дополнительным тарифам на оплату медицинской помощи за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом разделов II, III настоящего Тарифного соглашения.

5. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования осуществляется ТФОМС Челябинской области на основании части 8 статьи 34, статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, в соответствии с настоящим Тарифным соглашением, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи, установленным правилами обязательного медицинского страхования и с учетом положений пункта 1.1.10 главы 1 раздела II, главы 2 и 3 раздела II, пункта 4.12 главы 4 раздела II.

Исключение составляют финансируемые из средств межбюджетных трансфертов Челябинской области дополнительные виды и условия медицинской помощи, не установленные базовой программой ОМС, которые не применяются при расчетах за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в иных субъектах Российской Федерации.

**Раздел II. Способы оплаты медицинской помощи в сфере ОМС**

**Челябинской области**

При оплате медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области применяются следующие способы:

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

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, (используется в том числе 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);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу при оказании медицинской помощи сверх базовой программы ОМС в части проведения прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований) при заборе материала в амбулаторных условиях, за исключением выявления онкологических заболеваний; при заборе материала в амбулаторных условиях и направлении на проведение иммуногистохимических исследований;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу при оплате медицинской помощи сверх базовой программы ОМС в части проведения магнитно-резонансной томографии в амбулаторных условиях пациентам при подозрении на злокачественное новообразование, при наблюдении пациентов с новообразованиями;

- за единицу объема медицинской помощи - за обращение (законченный случай) при оказании дополнительных объемов амбулаторно-поликлинической помощи сверх базовой программы ОМС по решениям врачебной комиссии.

2) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях:

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

- 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;

- за законченный случай лечения заболевания при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, содержащей, в том числе методы лечения;

- за законченный случай лечения заболевания при оказании медицинской помощи сверх базовой программы ОМС взрослому застрахованному населению Челябинской области с социально значимыми заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека, включая инфекционные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита человека, в специализированном инфекционном отделении ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу при оказании медицинской помощи сверх базовой программы ОМС в части проведения прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований) при заборе материала в стационарных условиях для исследования последов в родильных отделениях;

- за законченный случай лечения заболевания при оказании высокотехнологичной медицинской помощи сверх базовой программы ОМС по профилям медицинской помощи «кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия» больным с острым коронарным синдромом (баллонная вазодилатация), пароксизмальными нарушениями ритма и проводимости (имплантация кардиостимуляторов) в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения);

- за законченный случай лечения заболевания при оказании стационарной специализированной медицинской помощи сверх базовой программы ОМС пациентам с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями (плановая коронарография) по профилям медицинской помощи «кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия».

3) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

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

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, при летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований и оказании услуг диализа.

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

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.

**Глава 1. Оплата медицинской помощи, оказанной**

**в амбулаторных условиях**

1.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования

1.1.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условияхзастрахованным гражданам медицинскими организациями-Фондодержателями, указанными в приложении 1 к Тарифному соглашению, осуществляется по фактическому дифференцированному подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

1.1.2. Порядок определения фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях на прикрепившихся лиц:

1.1.2.1. Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, включает в себя оплату:

- амбулаторной медицинской помощи, оказанной прикрепленным лицам (в том числе медицинских услуг дистанционного диспансерного наблюдения больных с артериальной гипертензией; профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации; медицинской помощи, оказанной с применением телемедицинских технологий);

- внешних медицинских услуг.

1.1.2.2. Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, не включает в себя средства на:

- оплату неотложной медицинской помощи;

- оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации;

- оплату стоматологической медицинской помощи;

- оплату медицинской помощи, оказываемой Центрами здоровья;

- оплату медицинской помощи, оказываемой выездными специализированными бригадами;

- оплату медицинской помощи, оказываемой в КДЦ неприкрепленному населению медицинской организации, на базе которой функционирует КДЦ в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области;

- оплату процедуры размораживания криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом в полость матки (криоперенос)  в амбулаторных условиях;

- оплату медицинской помощи, оказываемой межрайонными отделениями пренатальной диагностики с кабинетами антенатальной охраны плода;

- оплату медицинских услуг диализа в амбулаторных условиях;

- оплату диагностических исследований на ПЭТ/ КТ, ОФЭКТ;

- оплату тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

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

- финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

- оплату медицинской помощи, оказываемой центрами амбулаторной онкологической помощи (далее - ЦАОП) (посещения врачей специалистов, отдельных диагностических (лабораторных) исследований);

- оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС.

1.1.2.3. Средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Челябинской области, в расчете на одно застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

, где

 - средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Челябинской области, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

НоПРОФ **-** средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, посещений;

НоОЗ **-** средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, обращений;

НоНЕОТЛ **-** средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, посещений;

НфзПРОФ **-** средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

НфзОЗ **-** средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

НфзНЕОТЛ **-** средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

ОСМТР **-** размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС, рублей;

Чз **-** численность застрахованного населения Челябинской области, человек.

1.1.2.4. Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, определяется по следующей формуле:

$ПН\_{А}=\frac{ФО\_{СР}^{АМБ}×Ч\_{З}-ОС\_{ФАП}-ОС\_{ИССЛЕД}-ОС\_{ПО}-ОС\_{ДИСП}-ОС\_{НЕОТЛ}}{Ч\_{З}}$ , где

ПНА - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рублей;

ОСФАП **-**размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей;

ОСИССЛЕД **-**размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

ОСПО **-**размер средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров, рассчитанных по установленным тарифам на оплату медицинской помощи, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, рублей;

ОСДИСП **-**размер средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, рассчитанных по установленным тарифам на оплату медицинской помощи, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, рублей;

ОСНЕОТЛ **-** размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей.

Объем средств, направляемый на финансовое обеспечение медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными территориальной программой в части базовой программы ОМС нормативами, не включает в себя средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Челябинской области, на территории которого выдан полис ОМС.

1.1.2.5. Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитывается по следующей формуле:

$$ПН\_{БАЗ}=(ПН\_{А}- \frac{ОС\_{ЕО}}{Чз})/КД, где$$

ПнБАЗ **-** базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рублей;

ОСЕО **-** размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Челябинской области лицам, рублей;

КД – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462.

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому подушевому нормативу финансирования при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитывается по следующей формуле:

$Пр\_{АМБ}= \frac{ПН\_{БАЗ}}{ФО\_{СР}^{АМБ}}$, где:

$Пр\_{АМБ}$ – коэффициент приведения в амбулаторных условиях.

1.1.2.6. На основе среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДП\_{Н}^{i}=ФО\_{СР}^{АМБ}×Пр\_{АМБ}×КC\_{АМБ}^{i}×КД\_{ОТ}^{i}×КД^{i}, где$$

$ДП\_{Н }^{i}$ - дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях для i-той медицинской организации, рублей;

$КC\_{АМБ}^{i}$ - коэффициент специфики оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях для i-той медицинской организации.

Коэффициент специфики оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях учитывает половозрастной состав населения в виде половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива учитывают затраты на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по половозрастным группам, в разрезе медицинских организаций.

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц в Челябинской области распределяется на следующие половозрастные группы:

- ноль **-** один год мужчины/женщины;

- один год **-** четыре года мужчины/женщины;

- пять лет **-** семнадцать лет мужчины/женщины;

- восемнадцать лет **-** шестьдесят четыре года мужчины/женщины;

- шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива рассчитываются для каждой половозрастной группы застрахованных лиц на основании данных о затратах на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказанной прикрепленным застрахованным лицам за определенный расчетный период, но не реже одного раза в год, и численности застрахованных прикрепленных лиц за данный период.

$КД\_{ОТ}^{i}$ - коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i-той медицинской организаций;

$КД^{i} $– коэффициент дифференциации i-той медицинской организаций.

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

$ПК=\frac{ФО\_{СР}^{АМБ}×Пр\_{АМБ}×Ч\_{З}}{\sum\_{i}^{}(ДПн^{i}×Ч\_{З}^{i})}$, где

$Ч\_{З}^{i}$ - численность застрахованных лиц, прикрепленных к *i-*той медицинской организации, человек.

1.1.2.8. Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях для i-той медицинской организации, имеющей прикрепленное население рассчитывается по формуле:

$ФДП\_{Н}^{i}=(ДП\_{Н}^{i}×ПК)× КУ\_{МО}^{i}$, где

$ФДП\_{Н}^{i}$ - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях для i*-*тоймедицинской организации, рублей;

$КУ\_{МО}^{i}$ - коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, для i-той медицинской организации, рассчитанный по установленным тарифам на оплату медицинской помощи, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, за исключением суммы на осуществление стимулирующих выплат медицинской организации, имеющей прикрепленное население (далее - стимулирующие выплаты).

1.1.3. Размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации$ $рассчитывается по формуле:

$ОС\_{ФАП}^{i}=\sum\_{n}^{}(Ч\_{ФАП}^{n}××БНФ\_{ФАП}^{n}×КС\_{БНФ}^{n})$, где

$ОС\_{ФАП}^{i}$ - размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации;

$Ч\_{ФАП}^{n}$ - число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н);

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

$КС\_{БНФ}^{n}$ - коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н

и доводится до медицинских организаций по тарифам на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Тарифы на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов для медицинских организаций рассчитываются по формуле:

$Т\_{ФАП}^{ i}= \frac{ОС\_{ФАП}^{i}}{12\*Ч\_{ З}^{ i}}$, где

$Т\_{ФАП}^{i}$ - тариф на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов i-той медицинской организации.

В случае если у фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется факт соответствия требованиям, установленными приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н, а также численность обслуживаемого населения, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов учитывает объем средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года и пересчитывается следующим образом:

$ОС\_{ФАП}^{j}=ОС\_{ФАП\_{НГ}}^{j}+(\frac{БНФ\_{ФАП}^{j}×КС\_{БНФ}^{j}}{12}×n\_{МЕС})$, где

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

$ОС\_{ФАП\_{НГ}}^{j} $- размер средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта с начала года;

$n\_{МЕС}$ - количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

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

1.1.4. Ежемесячный размер финансового обеспечения на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, медицинской организацией, имеющей прикрепленное население определяется по следующей формуле:

$ФО^{i}\_{АМБ}=ФДП\_{Н}^{ i}×Ч\_{З}^{i }+Т\_{ФАП}^{ i}× Ч\_{З}^{i }$, где

ФОiАМБ - размер финансового обеспечения i-той медицинской организации, имеющей прикрепленное население, рублей;

$Ч\_{З}^{i } $- численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации на 1-е число месяца, следующего за отчетным, человек.

Численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той МО-Фондодержателю по состоянию на 1-е число месяца, следующего за отчетным, размещается на сайте ТФОМС Челябинской области в течение 2-х рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

1.1.5. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, выполненных в соответствии с приказами Минздрава РФ от 13.03.2019 № 124н, от 10.08.2017 № 514н, от 15.02.2013 № 72н, от 11.04.2013 № 216н, включается в размер подушевого норматива финансирования медицинской организации, имеющей прикрепленное население, и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, установленных в приложении 15 к Тарифному соглашению.

Средства на осуществление стимулирующих выплат формируются в размере 10% от объема средств на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации.

Оценка результативности деятельности медицинских организаций с целью осуществления выплат стимулирующего характера производится в месяце следующим за отчетным периодом.

При достижении медицинскими организациями целевых значений, установленных приложением 15 к Тарифному соглашению, коэффициент уровня оказания медицинской помощи пересчитывается.

1.1.6. Оплата амбулаторной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, оказанной при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями в режиме реального времени в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 13.11.2020 № 2073 «Об организации и оказании в медицинских организациях Челябинской области медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинского работника с пациентами и (или) их законными представителями» осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования, взаиморасчетов за оказанные внешние медицинские услуги.

Оплате подлежит:

- обращение по заболеванию, сформированное из первичного посещения в очной форме и последующих посещений, в т.ч. с применением  телемедицинских технологий (дистанционная консультация);

- посещение с применением  телемедицинских технологий (дистанционная консультация) с целью диспансерного наблюдения (без предварительно проведенного очного приема медицинским работником).

1.1.7. Оплата оказанных МО-Исполнителем внешних медицинских услуг осуществляется СМО за счет средств МО-Фондодержателя по тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Оплата внешних медицинских услуг МО–Исполнителям осуществляется за медицинскую помощь, оказанную на основании направлений МО-Фондодержателя в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 20.12.2012 № 1782, а также в случаях обращения застрахованных лиц за экстренной и неотложной медицинской помощью на основании первичной медицинской документации (за исключением медицинской помощи, оказанной в кабинетах (отделениях) неотложной медицинской помощи).

1.1.8. Медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам, не прикрепленным ни к одной медицинской организации, подлежит оплате из средств, направляемых в СМО по фактическим дифференцированным подушевым нормативам финансового обеспечения ОМС, по тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за исключением медицинской помощи оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС.

Оплата оказанной медицинской помощи детям со дня рождения и до реализации в отношении ребенка права выбора СМО, но не позднее истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения, осуществляется СМО, в которой застрахованы их матери или другие законные представители.

1.1.9. Расчеты за профилактические медицинские осмотры, в том числе в рамках диспансеризации, проведенные не прикрепленным лицам осуществляются на основании заключенных между медицинскими организациями договоров по тарифам установленным приложениями 12, 13 к Тарифному соглашению без выставления счетов и реестра счетов в СМО.

В случае проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, в выходные дни к тарифу комплексного посещения применяется повышающий коэффициент в размере 1,05.

1.1.10. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, производится по тарифам на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

**1.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, за исключением медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования**

1.2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, указанными в приложении 1 к Тарифному соглашению осуществляется:

1) за обращение по поводу заболевания к врачам - специалистам в зависимости от специальностей врачей, категории обслуживаемого населения (взрослые, дети), места и цели приема.

2) за посещение к врачам - специалистам в зависимости от специальностей врачей, категории обслуживаемого населения (взрослые, дети), места и цели приема с профилактической и иными целями, включающее:

- диспансерное наблюдение граждан;

- разовое посещение в связи с заболеванием;

- посещение центров здоровья;

- посещение ЦАОП;

- процедуру размораживания криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос) в амбулаторных условиях;

- посещение в связи с выдачей справок и иных документов и другие причины.

3) за медицинскую услугу при проведении:

- 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;

- диагностических исследований на ПЭТ/КТ, ОФЭКТ;

- диагностических (лабораторных) исследований в ЦАОП;

- услуг, оказываемых межрайонными отделениями пренатальной диагностикис кабинетами антенатальной охраны плода на амбулаторном этапе беременным женщинам при сроках беременности 11-14 недель (I ультразвуковой скрининг с забором образцов крови для определения материнских сывороточных маркеров) и 19-21 неделя (II ультразвуковой скрининг);

- услуг, оказываемых межрайонным отделением пренатальной диагностики с кабинетом антенатальной охраны плода при проведении биохимического скрининга;

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

 - диализа.

1.2.2. Оплате за счет средств ОМС подлежат посещения, учтенные в соответствии с инструкцией по заполнению учетной формы № 039/у-02 «Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому», утвержденной приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545.

В целях персонифицированного учета обращений, посещений, подлежащих оплате по ОМС, заполняется учетная форма № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденная приказом Минздрава РФ от 15.12.2014 № 834н.

1.2.3. При возложении на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации первичной медико-санитарной помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.03.2012 № 252н, медицинскими организациями применяется тариф за посещение, обращение в зависимости от места и цели приема.

1.2.4. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, используются:

- для оплаты медицинской помощи (по видам, не включенным в подушевое финансирование; в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения; лицам, застрахованным по ОМС за пределами субъекта РФ);

- для осуществления взаиморасчетов между медицинскими организациями в рамках подушевого финансирования.

1.2.5. Обращение как законченный случай лечения складывается из первичных и повторных (не менее двух) посещений по поводу одного заболевания к врачам – специалистам.

Длительность между двумя соседними посещениями и/или между датой посещения и назначенной датой следующего посещения в рамках одного обращения не может превышать 3-х месяцев. Длительность между первым и последним посещением в обращении или первым посещением и назначенной датой следующего посещения для «разового посещения по заболеванию» не может превышать один год.

1.2.6. Учет разовых посещений в связи с заболеванием.

Если первичное посещение (включаемое в обращение по заболеванию) оказано в одном отчетном периоде, а последующие должны были быть оказаны в последующих отчетных периодах, но в результате неявки пациента на повторный прием сформировать обращение по заболеванию не представляется возможным, медицинская организация имеет право включить первичное посещение, оказанное в одном из двух предыдущих отчетных периодов в реестр за отчетный период как разовое посещение в связи с заболеванием;

1.2.7. Повторное посещение в один день пациентом врача одной и той же специальности с целью оценки результата проведенного в тот же день диагностического (лабораторного) исследования учету и оплате не подлежит.

1.2.8. Оплата медицинской помощи, оказанной Центрами здоровья, осуществляется за посещения (первичный и повторный приемы) в соответствии с приложением 9/3 к Тарифному соглашению.

1.2.9. Оплате за счет средств ОМС подлежит консультативно-диагностическая медицинская помощь, оказанная в КДЦ, организованных на базе медицинских организаций, указанных в приложении 2 к Тарифному соглашению, по направлению профильного специалиста, врача-терапевта (врача-педиатра) (в случае отсутствия профильного специалиста) той медицинской организации, к которой застрахованное лицо прикреплено для оказания первичной медико-санитарной помощи (за исключением направления в КДЦ ГБУЗ «Челябинский областной клинический терапевтический госпиталь для ветеранов войн», ГБУЗ «Челябинский областной кардиологический диспансер»), по форме № 057/у-04, утвержденной приказом Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 № 255.

Оплата консультативно-диагностической медицинской помощи, оказываемой КДЦ, осуществляется за посещение, обращение по установленным тарифам на оплату медицинской помощи в соответствии с приложением 9/5 к Тарифному соглашению.

1.2.10.Оплате за счет средств ОМС по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным приложением 9/8 к Тарифному соглашению, подлежит консультативно-диагностическая медицинская помощь:

- оказанная в ЦАОП, организованных в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 27.01.2020 № 65, на базе ООО Медицинский центр «Лотос», ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3», ООО «НовоМед», АНО «Центральная клиническая медико-санитарная часть», НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Челябинск открытого акционерного общества «Российские железные дороги», МАУЗ ОТКЗ городская клиническая больница № 1, МАУЗ ОЗП Городская клиническая больница № 8, ГБУЗ «Городская больница № 2 г. Миасс»;

 - оказанная медицинскими организациями в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 17.04.2020 № 553 «О закреплении центров амбулаторной онкологической помощи ООО МЦ «Лотос» и ООО «НовоМед» за медицинскими организациями на проведение сцинтиграфии скелета и гистологических исследований биоптата (1-5 категории сложности) и/или иммуногистохимических исследований биоптата».

**1.2.11. Оплата плановой первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказанной выездными специализированными бригадами**

1.2.11.1. Оплата плановой первичной специализированной медико-санитарной помощи с лечебно-диагностической целью, оказанной застрахованному населению муниципальных образований Челябинской области выездными специализированными бригадами ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница», ГБУЗ «Областной перинатальный центр», ГБУЗ «Челябинский областной кардиологический диспансер», ГАУЗ «Центр охраны материнства и детства г. Магнитогорск», ГАУЗ «Городская больница № 3 г.Магнитогорск», организованными в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 17.08.2017 № 1528, осуществляется по установленным тарифам на оплату медицинской помощи в соответствии с приложением 9/3 к Тарифному соглашению.

Расчеты за профилактическую медицинскую помощь, оказанную выездными специализированными бригадами при проведении профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляются в соответствии с пунктом 1.1.9.

1.2.11.2. Учёт плановой первичной специализированной медико-санитарной помощи (посещений), врача-специалиста выездной специализированной бригады осуществляется путём заполнения учётной медицинской документации согласно приказу Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545, а именно: делается соответствующая запись в амбулаторной карте пациента.

1.2.11.3. В целях ведения персонифицированного учёта каждый врач-специалист выездной специализированной бригады заполняет форму № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденную приказом Минздрава РФ от 15.12.2014 № 834н, однократно на пациента, которому оказана медицинская помощь.

1.2.12. Оплата медицинской помощи в приемных отделениях круглосуточных стационаров

1.2.12.1. К случаям оказания медицинской помощи в приемных отделениях круглосуточных стационаров, которые учитываются в качестве посещения, следует относить контакт пациента с врачом приемного отделения без последующей госпитализации: при отсутствии показаний для госпитализации, при отказе пациента от госпитализации.

В случаях оказания медицинской помощи в приемных отделениях круглосуточных стационаров и проведения консультативно-диагностических услуг в диагностических и лечебных отделениях стационара медицинской организации без последующей госпитализации, длительностью до 6-ти часов, единицей объема оказанной услуги является посещение.

1.2.12.2. Учет случаев оказания медицинской помощи (посещений) в приемных отделениях круглосуточных стационаров пациентам без последующей госпитализации осуществляется врачом приемного отделения путем заполнения учетной медицинской документации в соответствии с приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545, а именно: делается соответствующая запись в «Журнале учета приема больных и отказов в госпитализации» (форма № 001/у), заполняется форма № 39/у-02.

1.2.12.3. В целях ведения персонифицированного учета однократно заполняется «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма № 025-1/у, утвержденная приказом Минздрава РФ от 15.12.2014 № 834н) на пациента, которому оказана медицинская помощь.

1.2.12.4. Оплата медицинской помощи (посещений), оказанной прикрепленным лицам в приемных отделениях круглосуточных стационаров медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи, включена в подушевой норматив финансирования медицинских организаций.

Оплата медицинской помощи (посещений), оказанной неприкрепленным лицам в приемных отделениях круглосуточных стационаров медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи, производится по тарифам на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

**1.2.13. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному населению за медицинскую услугу**

1.2.13.1. Оплата отдельных диагностических 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 по тарифам на оплату медицинских услуг в соответствии с таблицей 1 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

1.2.13.2. Оплате подлежат отдельные диагностические исследования, при наличии направления на исследования (учетная форма № 057/у-04, утвержденная приказом Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 № 255; учетная форма № 014/у, утвержденная приказом Минздрава России от 24.03.2016 № 179н)от врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при условии соблюдения утвержденного порядка маршрутизации, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

1.2.13.3. Формирование реестров счетов на оплату отдельных диагностических исследований производится на основании направлений на исследования, а также установленных форм учета выполненных диагностических исследований. Первый экземпляр направления или его копия в обязательном порядке хранится в медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь.

1.2.13.4. Оплата диагностических исследований на ПЭТ/КТ, ОФЭКТ проводимых в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 30.04.2019 № 440 в центрах позитронно-эмиссионной томографии ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», ГБУЗ «Областной онкологический диспансер № 2» осуществляется в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по тарифам на оплату медицинской помощи за медицинскую услугу в соответствии с таблицей 1 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

Медицинские организации осуществляют учет расхода лекарственных средств, медицинских изделий, расходных материалов на каждого пациента в книге (журнале) учета, в котором указываются: наименование исследования, дата проведения исследования, Ф.И.О. пациента, номер амбулаторной карты или истории болезни, наименование радиофармпрепарата, объём (мл), активность (МБк), наименование лекарственных средств, используемых для исследования, наименование изделий медицинского назначения, расходных материалов (торговое наименование), единица измерения, израсходовано количество единиц.

1.2.13.5. Оплата медицинских услуг, оказываемых межрайонными отделениями пренатальной диагностики с кабинетами антенатальной охраны плода, организованными в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области, на амбулаторном этапе беременным женщинам при сроках беременности 11-14 недель (I ультразвуковой скрининг с забором образцов крови для определения материнских сывороточных маркеров) и 19-21 неделя (II ультразвуковой скрининг) осуществляется по тарифам на оплату медицинских услуг «Пренатальная диагностика (I ультразвуковой скрининг с забором образцов крови для определения материнских сывороточных маркеров)», «Пренатальная диагностика (II ультразвуковой скрининг)» в соответствии с таблицей 1 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

1.2.13.6. Оплата медицинских услуг, оказываемых межрайонным отделением пренатальной диагностики с кабинетом антенатальной охраны плода, организованным на базе медицинской организации в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области, при проведении биохимического скрининга в I триместре беременности, на амбулаторном этапе беременным женщинам осуществляется по тарифу на оплату медицинских услуг «Пренатальная диагностика (биохимический скрининг)» в соответствии с таблицей 1 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

1.2.13.7. Оплата медицинских услуг, оказанных в амбулаторных условиях медицинскими организациями, определенными приказом Минздрава Челябинской области, в целях выявления новой коронавирусной инфекции (COVID-19) осуществляется по тарифам на оплату медицинских услуг в соответствии с таблицей 1 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

 Тариф на оплату медицинских услуг, оказанных в целях выявления новой коронавирусной инфекции (COVID-19), не учитывает стоимости тест системы «Вектор».

1.2.13.8. Оплата медицинских услуг, оказываемых ЦАОП, организованными в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 27.01.2020 № 65, осуществляется по тарифам на оплату медицинских услуг в соответствии с приложением 9/8 к Тарифному соглашению.

1.2.13.9. Оплата медицинских услуг, оказанных сверх базовой программы ОМС в части проведения прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований) при заборе материала в амбулаторных условиях, за исключением выявления онкологических заболеваний, осуществляется ГАУЗ «Городская больница № 1 им. Г.И. Дробышева г.Магнитогорск», ГАУЗ «Городская больница № 3 г.Магнитогорск», ГАУЗ «Центр охраны материнства и детства г. Магнитогорск», ГБУЗ «Городская больница № 1 г.Копейск», ГБУЗ «Городская больница № 1 г.Коркино», ГБУЗ «Районная больница г.Касли», МАУЗ ОТКЗ городская клиническая больница № 1, МАУЗ Городская клиническая больница № 6, МАУЗ ОЗП Городская клиническая больница № 8, ГБУЗ «Челябинское областное патологоанатомическое бюро», ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ по тарифам на оплату медицинских услуг «Гистологическое исследование 3 категории сложности (сверх БП ОМС)», «Гистологическое исследование 4 категории сложности (сверх БП ОМС)», «Гистологическое исследование 5 категории сложности (сверх БП ОМС)» в соответствии с таблицей 2 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

Оплата медицинских услуг, оказанных сверх базовой программы ОМС в части проведения прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований), при заборе материала в амбулаторных условиях и направлении на проведение иммуногистохимических исследований осуществляется:

- ГБУЗ «Челябинское областное патологоанатомическое бюро», ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, по тарифам на оплату медицинских услуг «Гистологическое исследование 5 категории сложности с проведением ИГХ исследования с применением до 5 антител включительно (сверх БП ОМС)» (далее - Гистологическое исследование 5 категории сложности с провед. ИГХ исслед. с примен. до 5 антител включительно (сверх БП ОМС)), «Гистологическое исследование 5 категории сложности с проведением ИГХ исследования с применением более 5 антител (сверх БП ОМС)» (далее - Гистологическое исследование 5 категории сложности с провед. ИГХ исслед. с примен. более 5 антител (сверх БП ОМС)) в соответствии с таблицей 2 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

Оплата медицинских услуг, оказанных ЦАОП сверх базовой программы ОМС в части проведения прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований) при заборе материала в амбулаторных условиях и направлении на проведение иммуногистохимических исследований осуществляется ГБУЗ «Челябинское областное патологоанатомическое бюро», ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», ООО Медицинский центр «Лотос» по тарифам на оплату медицинских услуг «Гистологическое исследование 5 категории сложности с проведением ИГХ исследования с применением до 5 антител включительно (ЦАОП) (сверх БП ОМС)» (далее - Гистологическое исследование 5 категории сложности с провед. ИГХ исслед. с примен. до 5 антител включительно(ЦАОП)(сверх БП ОМС)), «Гистологическое исследование 5 категории сложности с проведением ИГХ исследования с применением более 5 антител (ЦАОП)(сверх БП ОМС)» (далее - Гистологическое исследование 5 категории сложности с провед. ИГХ исслед. с примен. более 5 антител (ЦАОП)(сверх БП ОМС)) в соответствии с таблицей 2 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

1.2.13.10. Оплата медицинских услуг, оказанных сверх базовой программы ОМС при проведении магнитно-резонансной томографии в амбулаторных условиях пациентам при подозрении на злокачественное новообразование, при наблюдении пациентов с новообразованиями осуществляется ГБУЗ «Областной онкологический диспансер № 2», ГАУЗ «Центр охраны материнства и детства г. Магнитогорск», ООО «Лечебно-диагностический центр Международного института биологических систем имени Сергея Березина», ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница», ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», ООО «Здоровье», ООО «ЦСМ «Созвездие»», ООО «Эм Эр Ай Клиник», ООО «Медицина плюс», ФГБУЗ МСЧ № 72 ФМБА России, МАУЗ «Детская городская клиническая больница № 8» г.Челябинск,
ООО ЛДЦ МИБС-Челябинск», ООО МДЦ «Луч», ООО «МРТ- Эксперт Челябинск», ООО «Парк-мед», ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», ООО «ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КЛИНИКА ПОИСК», ООО «Град» по тарифам на оплату медицинских услуг «Магнитно-резонансная томография без контрастирования при подозрении на ЗНО, наблюдении с новообразованиями (сверх БП ОМС)» (далее - МРТ без контраст. при подозрении на ЗНО, наблюдении с новообразованиями (сверх БП ОМС)), «Магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием при подозрении на ЗНО, наблюдении с новообразованиями (сверх БП ОМС)» (далее - МРТ с внутривенным контрастированием при подозрении на ЗНО, наблюдении с новообразованиями (сверх БП ОМС)) в соответствии с таблицей 2 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

Оплата медицинских услуг, оказанных ЦАОП сверх базовой программы ОМС при проведении магнитно-резонансной томографии в амбулаторных условиях пациентам при подозрении на злокачественное новообразование, при наблюдении пациентов с новообразованиями осуществляется АНО «Центральная клиническая медико-санитарная часть», ООО «НовоМед», ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3», ООО Медицинский центр «Лотос», НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Челябинск открытого акционерного общества «Российские железные дороги»» по тарифам на оплату медицинских услуг «Магнитно-резонансная томография без контрастирования при подозрении на ЗНО, наблюдении с новообразованиями (ЦАОП) (сверх БП ОМС)» (далее - МРТ без контраст. при подозрении на ЗНО, наблюдении с новообразованиями (ЦАОП) (сверх БП ОМС)), «Магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием подозрении на ЗНО, наблюдении с новообразованиями (ЦАОП) (сверх БП ОМС)» (далее - МРТ с внутривенным контрастированием при подозрении на ЗНО, наблюдении с новообразованиями (ЦАОП) (сверх БП ОМС)) в соответствии с таблицей 2 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

1.2.14. Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи (за исключением оплаты услуг диализа).

1.2.14.1. При оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи (за исключением оплаты услуг диализа) размер финансового обеспечения медицинской организации складывается исходя из фактически оказанных объемов медицинской помощи и определяется по следующей формуле:

ФОФАКТ = ∑ (ОМП × Т), где

ФОФАКТ - фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

ОМП - фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, обращений (посещений, услуг);

Т - тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей.

1.2.14.2. Обращения, сформированные из двух и более посещений оплачиваются по тарифам на оплату медицинской помощи за обращение, установленным приложениями 9/1, 9/2, 9/5 к Тарифному соглашению.

**1.2.15.** **Оплата медицинской помощи с применением методов диализа**

1.2.15.1. Оплата медицинской помощи при проведении заместительной почечной терапии методом диализа пациентам, получающим услуги диализа, в амбулаторных условиях осуществляется по стоимости услуг диализа.

Стоимость услуг диализа (Cд) в амбулаторных условиях определяется по следующей формуле:

Cд = $\left(Тдi × Чуслуг фi\right)+(T\_{i}^{доп} × Чуслуг фi)$, где

Тдi - тариф на оплату услуг диализа;

Чуслуг фi - количество фактически выполненных услуг диализа.

Тариф на оплату услуг диализа (приложение 16 к Тарифному соглашению) определяется по следующей формуле:

Тдi = БТгд (БТпд) ×КЗд ×(КД ×Дзп+ (1 – Дзп)), где

БТгд - базовый тариф на оплату гемодиализа по коду услуги А18.05.002 «Гемодиализ»;

БТпд - базовый тариф на оплату перитонеального диализа по коду услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ»;

КЗд - коэффициент относительной затратоемкости услуг диализа, применяемый к базовому тарифу на оплату диализа, установлен приложением 16 к Тарифному соглашению;

КД - коэффициент дифференциации установлен в размере 1,113;

Дзп - доля расходов на заработную плату в услуге диализа установлена в размере 20%.

$T\_{i}^{доп}$ - дополнительный тариф на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии сверх базовой программы ОМС, рассчитанный для i-ой медицинской организации и применяемый к стоимости услуг гемодиализа

$Т\_{i}^{доп}= \frac{ФО\_{i}^{дост }– \sum\_{n=1}^{n}ФО\_{i ф}^{дост}}{Ч\_{услуг }- \sum\_{n=1}^{n}Ч\_{услуг ф}}$ , где

$ ФО\_{i}^{дост}$ - сумма финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2021 год, установленная для i-ой медицинской организации;

$ФО\_{i ф}^{дост}$ - фактическая сумма средств, направленных на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, i-ой медицинской организации;

$Ч\_{услуг}$ - количество медицинских услуг гемодиализа в амбулаторных условиях, установленных Комиссией на 2021 год;

$Ч\_{услуг ф} $- фактическое количество медицинских услуг гемодиализа в амбулаторных условиях.

1.2.15.2. Случай лечения при проведении диализа в амбулаторных условиях подлежит оплате, в том числе при пересечении сроков лечения при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров.

2.1.15.3. В целях ведения персонифицированного учета медицинских услуг диализа медицинская организация заполняет на каждого пациента следующие учетные формы:

- учетная форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденная приказом Минздрава РФ от 15.12.2014 № 834н (далее – Медицинская карта);

- учетная форма № 003-1/у «Карта динамического наблюдения диализного больного», утвержденная приказом Минздрава РФ от 13.08.2002 № 254;

- карта ведения гемодиализа (вкладыш к истории болезни);

- диализный журнал пациента для перитонеального диализа (вкладыш в амбулаторную карту пациента).

1.2.15.4. Оплата проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии сверх базовой программы ОМС производится по дополнительному тарифу сверх базовой программы ОМС на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, оказанной застрахованному населению Челябинской области, в рамках утвержденных бюджетных ассигнований, в соответствии с установленными Министерством здравоохранения Челябинской области медицинским организациям суммами финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2021 год (приложение 19/1 к Тарифному соглашению).

Дополнительные тарифы сверх базовой программы ОМС на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии для медицинских организаций на 2021 год установлены приложением 19/2 к Тарифному соглашению.

За счет средств ОМС не оплачивается проезд к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, застрахованных за пределами Челябинской области.

**1.2.16. Оплата стоматологической медицинской помощи**

1.2.16.1. Оплата стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказанной взрослому и детскому застрахованному населению медицинскими организациями, указанными в приложении 1 к Тарифному соглашению, осуществляется:

1) за обращение по поводу заболевания (стоимость обращения формируется как произведение общего количества УЕТ оказанных медицинских услуг и стоимости 1 УЕТ):

- за законченный случай лечения заболевания с первичного обращения до достижения клинического результата (выздоровление, восстановление коронки зуба пломбой и т.д.) с кратностью от 2-х посещений;

- за законченный случай ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий у детей с кратностью от 2-х посещений.

2) за разовое посещение в связи с заболеванием, стоимость которого формируется с учетом количества УЕТ оказанных медицинских услуг в посещении и стоимости 1 УЕТ, незаконченного случая лечения с недостигнутым результатом лечения, содержащее однократное посещение к одному врачу в течение одного дня;

3) за посещение медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием, стоимость которого формируется с учетом количества УЕТ оказанных медицинских услуг в посещении и стоимости 1 УЕТ;

4) за посещение с профилактической целью, стоимость которого формируется с учетом количества УЕТ оказанных медицинских услуг в посещении и стоимости 1 УЕТ;

5) за посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, стоимость которого формируется с учетом количества УЕТ оказанных медицинских услуг в посещении и стоимости 1 УЕТ.

Стоимость 1 УЕТ установлена приложением 10 к Тарифному соглашению. Количество УЕТ оказанных медицинских услуг в посещении формируется в соответствии с приложением 6 «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» к Тарифному соглашению.

1.2.16.2. Объемы стоматологической медицинской помощи учитываются в обращениях, посещениях и в УЕТ. Учет посещений осуществляется в соответствии с инструкцией по заполнению учетной формы № 039/у-02, утвержденной приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545. Учет УЕТ осуществляется в соответствии с приложением 6 к Тарифному соглашению.

В целях персонифицированного учета посещений, обращений, подлежащих оплате по ОМС, заполняется учетная форма № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденная приказом Минздрава РФ от 15.12.2014 № 834н.

1.2.16.3. Стоматологическая медицинская помощь, оказанная в кабинетах при стационарах всех типов, в счет на оплату медицинской помощи амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации, финансируемой СМО, не включается.

1.2.16.4. Оплата дополнительных объемов амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказанной сверх базовой программы ОМС по решениям врачебной комиссии.

1.2.16.4.1. Оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказанной по коду МКБ 10 К08.1 «Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни» в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 24.12.2020 № 2382 «Об организации отбора и направления на льготное зубопротезирование отдельных категорий граждан в 2021 году» осуществляется ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1 г. Магнитогорск», ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 2 г. Магнитогорск», ГБУЗ «Областная стоматологическая поликлиника» в рамках утвержденных бюджетных ассигнований по тарифам «Зубопротезирование верхней челюсти врачом-стоматологом-ортопедом (сверх БП ОМС)», «Зубопротезирование нижней челюсти врачом-стоматологом-ортопедом (сверх БП ОМС)», «Зубопротезирование верхней челюсти зубным врачом (сверх БП ОМС)», «Зубопротезирование нижней челюсти зубным врачом (сверх БП ОМС)», установленным в таблице 2 приложения 10 к Тарифному соглашению.

1.2.16.4.2. Законченный случай включает одно обращение по протезированию верхней либо нижней челюсти. Возможно одновременно два обращения одного пациента (два законченных случая) при условии протезирования верхней и нижней челюсти.».

**Глава 2. Оплата медицинской помощи, оказанной**

**в стационарных условиях**

2.1. Оплата стационарной медицинской помощи осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ, медицинским организациям Челябинской области, указанным в приложении 1 к Тарифному соглашению.

2.1.1. Оплата медицинской помощи в круглосуточном стационаре при госпитализации застрахованного лица в соответствии с клиническими показаниями, требующими госпитального режима, активной терапии и круглосуточного медицинского наблюдения, производится за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ.

2.1.2. Отнесение случая лечения заболевания к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями, на основании всех возможных комбинаций классификационных критериев.

2.1.3. Расшифровка КСГ в соответствии с кодами диагноза по МКБ 10 и  Номенклатурой услуг, утвержденной приказом Минздрава РФ от 13.10.2017 № 804н, а также группировка случаев и учет классификационных критериев (пол, возрастная категория пациента и др.) произведены на основании Методических рекомендаций.

2.1.4. Оплата медицинской помощи, оказанной по ОМС в стационарных условиях в специализированных медицинских организациях производится по КСГ, соответствующей конкретному случаю лечения заболевания на том профиле койки отделения, где была оказана застрахованному лицу медицинская помощь, при условии наличия лицензии на соответствующий вид медицинской деятельности и объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

2.1.5. Стоимость законченного случая лечения в круглосуточном стационаре по КСГ (ССкс).

2.1.5.1. Стоимость законченного случая лечения в круглосуточном стационаре по КСГ (ССкс) (за исключением случаев, порядок оплаты которых установлен пунктом 2.1.5.2) определяется по следующей формуле:

$СС\_{КС}=НФЗ\_{КС}×КП\_{КС}×КЗ\_{КС}×ПК $, где

$НФЗ\_{КС}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях, рублей;

$КП\_{КС}$ - коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях к базовой ставке;

$КЗ\_{КС}$ - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения;

ПК - поправочный коэффициент оплаты КСГ;

Поправочный коэффициент оплаты КСГ (ПК) для конкретного случая рассчитывается по следующей формуле и округляется до 2-х знаков после запятой:

$ПК=КС\_{КС}×КУС\_{МО}(КПУС\_{МО})×КСЛП$, где:

$КС\_{КС}$ - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай лечения;

$КУС\_{МО}(КПУС\_{МО})$ - коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента.

Расчеты суммарного значения КСЛП (КСЛПсумм) при наличии нескольких критериев выполняются по формуле:

КСЛПсумм = КСЛП1 + (КСЛП2-1) + (КСЛПn-1).

При этом суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8.

2.1.5.2. Расчет стоимости законченных случаев лечения по КСГ, составляющих исключение из порядка расчета стоимости, установленного п. 2.1.5.1.

2.1.5.2.1. Стоимость законченного случая лечения в круглосуточном стационаре по КСГ (ССкс) с оказанием пациентам услуг диализа определяется по следующей формуле:

$СС\_{КС}=НФЗ\_{КС}×КП\_{КС}×КЗ\_{КС}×ПК+\left(Тдi × Чуслуг фi\right), $где

Тдi - тариф на оплату услуг диализа;

Чуслуг фi - количество фактически выполненных услуг диализа.

Тариф на оплату услуг диализа (приложение 16 к Тарифному соглашению) определяется по следующей формуле:

Тдi = БТгд × КЗд× (КД × Дзп+ (1 – Дзп)), где

БТгд - базовый тариф на оплату гемодиализа по коду услуги А18.05.002 «Гемодиализ»;

КЗд - коэффициент относительной затратоемкости услуг диализа, применяемый к базовому тарифу на оплату гемодиализа, установлен приложением 16 к Тарифному соглашению;

КД - коэффициент дифференциации установлен в размере 1,113;

Дзп - доля расходов на заработную плату в услуге диализа установлена в размере 20%.

2.1.5.2.2. Стоимость законченного случая лечения в круглосуточном стационаре по КСГ (ССкс), в том числе с оказанием пациентам медицинской помощи за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области по профилям медицинской помощи:

- «медицинская реабилитация» для ГБУЗ «Челябинский областной центр реабилитации», ООО «Санаторий «Карагайский бор»;

- «сердечно-сосудистая хирургия» по КСГ st25.012.1 «Операции на сосудах (уровень 5)» с применением кода услуги A16.23.034.013 «Локальная эндоваскулярная трансартериальная тромбоэкстракция» для ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», «ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3», «АНО «Центральная клиническая медико-санитарная часть»

определяется по следующей формуле:

$СС\_{КС}=НФЗ\_{КС}×КП\_{КС}×КЗ\_{КС}×ПК+Тдоп$, где

Тдоп - дополнительный тариф на оплату специализированной стационарной медицинской помощи за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области на дополнительное финансовое обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 главы 7 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

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

$СС\_{КС}=БС\_{КС}×КЗ\_{КС}×\left(\left(1-Д\_{ЗП}\right) +Д\_{ЗП}×ПК×КД\right)$, где:

$БС\_{КС}$ - размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;

$Д\_{ЗП}$ - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, установленная в приложении 7/7 к Тарифному соглашению.

2.1.5.2.4. Стоимость одного законченного случая лечения по КСГ для случаев лечения лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями с оказанием услуг диализа в круглосуточном стационаре определяется по следующей формуле:

$$ СС\_{КС}=БС\_{КС}×КЗ\_{КС}×\left(\left(1-Д\_{ЗП}\right) +Д\_{ЗП}×ПК×КД\right)+\left(Тдi х Чуслуг фi\right)$$

2.1.6. Размер финансового обеспечения медицинской организации по КСГ рассчитывается как сумма стоимости всех законченных случаев лечения по КСГ в круглосуточном стационаре:

$ФО\_{мо}=\sum\_{}^{}СС\_{кс}$ , где

ФОМО - размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

ССКС - стоимость законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ, рублей.

2.1.7. Учет законченных случаев лечения заболевания и койко-дней в круглосуточном стационаре, отделении реанимации и интенсивной терапии ведется медицинскими организациями в соответствии с учетными формами, утвержденными приказом Минздрава РФ от 30.12.2002 № 413.

2.1.8. Длительность лечения в круглосуточных стационарах учитывается следующим образом: от даты поступления пациента в круглосуточный стационар до даты его выбытия, включая выходные дни. При подсчете дней лечения в круглосуточном стационаре день поступления и день выбытия считаются как один день лечения.

2.1.9. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи.

2.1.9.1. 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, оказании услуг диализа, которые являются прерванными в соответствии со способом оплаты, установленным Разделом IV Программы (далее – прерванные случаи лечения в соответствии с Программой), относятся также законченные случаи лечения, длительность которых составляет 3 дня и менее, случаи при переводе пациента с коронавирусной инфекцией COVID-19 на долечивание в амбулаторных условиях.

Приложением 7/3 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения в соответствии с Программой) по КСГ, перечисленным в приложении 7/3 к Тарифному соглашению, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

2.1.9.2. 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% стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 85% стоимости КСГ;

Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, установлены приложением 7/5 к Тарифному соглашению.

2.1.9.3. В случае если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 40% стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней - 50% стоимости КСГ.

2.1.9.4. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) застрахованным лицам в возрасте 18 лет и старше.

В случае если фактическое количество дней введения в рамках случая соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме (в размере 100%) по соответствующей КСГ.

В случае если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

2.1.9.5. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией при злокачественных новообразованиях.

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 вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

2.1.10. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в рамках круглосуточного стационара или из круглосуточного стационара в дневной стационар), 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 правилами для прерванных случаев, установленными настоящим Тарифным соглашением.

При переводе пациента в рамках круглосуточного стационара в пределах одной медицинской организации с заболеванием, относящимся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

При переводе пациента из круглосуточного стационара в дневной стационар в пределах одной медицинской организации с заболеванием, относящимся к одному классу МКБ 10, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами для прерванных случаев, установленными настоящим Тарифным соглашением.

2.1.11. 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. Случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

3. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

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

5. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности по КСГ st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» с последующим родоразрешением на профиле койки «для беременных и рожениц» по КСГ st02.003 «Родоразрешение» или КСГ st02.004 «Кесарево сечение» в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более, либо не менее 2-х дней 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 настоящим Тарифным соглашением правилами.

По вышеуказанным случаям проводится медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи в соответствии с приказом ФФОМС от 28.02.2019 № 36.

2.1.12. В стоимость КСГ по профилю «акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение (КСГ st02.003 «Родоразрешение», КСГ st02.004 «Кесарево сечение»), 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».

В случае закрытия родильных домов и отделений на плановую санитарно-гигиеническую обработку по заранее утвержденному графику, медицинские организации в пределах текущего финансирования должны создавать резерв денежных средств ОМС для сохранения (на период закрытия) заработной платы сотрудникам родильных домов и отделений медицинских организаций.

2.1.13. До и после оказания медицинской организацией высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в Раздел I приложения к Программе, при наличии показаний пациенту может быть оказано лечение в той же медицинской организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ.

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

2.1.14. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.

2.1.14.1. Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях круглосуточного стационара осуществляется за услуги диализа с учетом фактического объема услуг, по тарифам, установленным приложением 16 к Тарифному соглашению, в сочетании:

- с оплатой по основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, в том числе при госпитализации на койки реанимационного профиля.

- с оплатой случая оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе при госпитализации на койки реанимационного профиля.

К законченному случаю проведения диализа относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

В период лечения в круглосуточном стационаре пациент, получающий диализ, должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

2.1.14.2. Оплата случаев лечения пациентов с острым и устойчивым нарушением функции почек (острая почечная недостаточность и хронические болезни почек) с проведением заместительной почечной терапии методами диализа осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ st18.001 «Почечная недостаточность» или КСГ st18.002 «Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа» и стоимости услуг диализа, оплачиваемых с учетом их фактического количества и применяемых дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

2.1.15. Отнесение случая оказания медицинской помощи к КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» осуществляется с учетом двух классификационных критериев – основного диагноза пациента и сопутствующего диагноза пациента (R54 Старческая астения).

Оплата случаев лечения по КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» по профилю «гериатрия» осуществляется только медицинским организациям, имеющим лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «гериатрия».

2.1.16. Отнесение случаев к группам st19.062-st19.074 осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (С00-С80, С97, D00-D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh0001 – sh9002).

Оплата законченного случая госпитализации по КСГ st19.062-st19.074, осуществляется при соблюдении определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанных в столбце «Количество дней введения в тарифе» листа «Схемы лекарственной терапии», предусмотренных Методическими рекомендациями.

2.1.17. Оплата законченных случаев лечения пациентов с применением коэффициента сложности лечения пациента (далее – КСЛП) осуществляется в следующих случаях:

2.1.17.1. Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний).

2.1.17.2. Проведение сочетанных хирургических вмешательств:

|  |  |
| --- | --- |
| Операция 1 | Операция 2 |
| A16.12.009 | Тромбэндартерэктомия | A06.12.015 | Ангиография бедренной артерии прямая, обеих сторон |
| A16.12.009.001 | Тромбоэктомия из сосудистого протеза | A06.12.015 | Ангиография бедренной артерии прямая, обеих сторон |
| A16.12.038.006 | Бедренно - подколенное шунтирование | A06.12.015 | Ангиография бедренной артерии прямая, обеих сторон |
| A16.12.009.001 | Тромбоэктомия из сосудистого протеза | А16.12.026.018 | Баллонная ангиопластика подвздошной артерии |
| A16.12.009.001 | Тромбоэктомия из сосудистого протеза | А16.12.028 | Установка стента в сосуд |
| A16.12.038.006 | Бедренно-подколенное шунтирование | А16.12.026.018 | Баллонная ангиопластика подвздошной артерии |
| A16.12.019.001 | Ревизия бедренных артерий | А16.12.026.018 | Баллонная ангиопластика подвздошной артерии |
| A16.12.019.001 | Ревизия бедренных артерий | А16.12.028 | Установка стента в сосуд |
| A16.12.019.001 | Ревизия бедренных артерий | А16.12.026 | Баллонная вазодилатация |
| A16.12.011.008 | Пластика глубокой бедренной артерии | А16.12.026.018 | Баллонная ангиопластика подвздошной артерии |
| A16.12.011.008 | Пластика глубокой бедренной артерии | А16.12.028 | Установка стента в сосуд |
| A16.12.011.008 | Пластика глубокой бедренной артерии | А16.12.026 | Баллонная вазодилатация |
| A16.12.008.001 | Эндартерэктомия каротидная | A06.12.005 | Ангиография внутренней сонной артерии |
| А16.12.038.008 | Сонно-подключичное шунтирование | А06.12.007 | Ангиография артерий верхней конечности прямая |
| A16.12.009 | Тромбэндартерэктомия | А16.12.026.018 | Балонная ангиопластика подвздошной артерии |
| A16.12.009 | Тромбэндартерэктомия | А16.12.028 | Установка стента в сосуд |
| A16.12.038.006 | Бедренно - подколенное шунтирование | A16.12.026.002 | Баллонная ангиопластика подколенной артерии и магистральных артерий голени |
| A16.12.038.006 | Бедренно - подколенное шунтирование | A16.12.026.004 | Баллонная ангиопластика со стентированием подколенной артерии и магистральных артерий голени |
| A16.12.006.001 | Удаление поверхностных вен нижней конечности | A16.30.001 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи |
| A16.12.006.001 | Удаление поверхностных вен нижней конечности | A16.30.001.001 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.12.006.001 | Удаление поверхностных вен нижней конечности | A16.30.001.002 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.14.009 | Холецистэктомия | A16.30.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи |
| A16.14.009 | Холецистэктомия | A16.30.002.001 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.14.009 | Холецистэктомия | A16.30.002.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.14.009 | Холецистэктомия | A16.30.003 | Оперативное лечение околопупочной грыжи |
| A16.14.009 | Холецистэктомия | A16.30.004 | Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки |
| A16.14.009 | Холецистэктомия | A16.30.004.011 | Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов |
| A16.14.009.002 | Холецистэктомия лапароскопическая | A16.30.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи |
| A16.14.009.002 | Холецистэктомия лапароскопическая | A16.30.002.001 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.14.009.002 | Холецистэктомия лапароскопическая | A16.30.002.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.14.009.002 | Холецистэктомия лапароскопическая | A16.30.003 | Оперативное лечение околопупочной грыжи |
| A16.14.009.002 | Холецистэктомия лапароскопическая | A16.30.004 | Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки |
| A16.14.009.002 | Холецистэктомия лапароскопическая | A16.30.004.011 | Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов |
| A16.14.009.001 | Холецистэктомия малоинвазивная | A16.30.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи |
| A16.14.009.001 | Холецистэктомия малоинвазивная | A16.30.002.001 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.14.009.001 | Холецистэктомия малоинвазивная | A16.30.002.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.14.009.001 | Холецистэктомия малоинвазивная | A16.30.003 | Оперативное лечение околопупочной грыжи |
| A16.14.009.001 | Холецистэктомия малоинвазивная | A16.30.004 | Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки |
| A16.14.009.001 | Холецистэктомия малоинвазивная | A16.30.004.011 | Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов |
| A16.30.004.011 | Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов | A16.30.001.002 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.30.004.011 | Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов | A16.30.001.001 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.30.002.001 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий | A16.30.001.002 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.30.002.001 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий | A16.30.001.001 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.30.002.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов | A16.30.001.002 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.30.002.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов | A16.30.001.001 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.30.003 | Оперативное лечение околопупочной грыжи | A16.30.001.002 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.30.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи | A16.30.001 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи |
| A16.30.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи | A16.30.001.002 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.30.004 | Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки | A16.30.001 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи |
| A16.30.004 | Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки | A16.30.001.002 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.30.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи | A16.16.033.001 | Фундопликация лапароскопическая |
| A16.30.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи | A16.09.026.004 | Пластика диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.09.026.004 | Пластика диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий | A16.16.006.001 | Бужирование пищевода эндоскопическое |
| A16.09.026.004 | Пластика диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий | A16.16.032.002 | Эндоскопическая кардиодилятация пищевода баллонным кардиодилятатором |
| A16.30.005.003 | Устранение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий | A16.16.046.002 | Лапароскопическая диафрагмокрурорафия |
| A16.30.005.003 | Устранение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий | A16.16.033.001 | Фундопликация лапароскопическая |
| A16.30.005.003 | Устранение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с использованиемвидеоэндоскопических технологий | A16.30.005.001 | Пластика диафрагмы с использованием импланта |
| A16.01.031 | Устранение рубцовой деформации | A16.01.018 | Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки |
| A16.01.031 | Устранение рубцовой деформации | A16.01.017.001 | Удаление доброкачественных новообразований кожи методом электрокоагуляции |
| A16.01.031 | Устранение рубцовой деформации | A16.01.017 | Удаление доброкачественных новообразований кожи |
| A16.01.013 | Удаление сосудистой мальформации | A16.01.018 | Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки |
| A16.01.013 | Удаление сосудистой мальформации | A16.01.017 | Удаление доброкачественных новообразований кожи |
| A16.01.013 | Удаление сосудистой мальформации | A16.01.017.001 | Удаление доброкачественных новообразований кожи методом электрокоагуляции |
| A16.22.001 | Гемитиреоидэктомия | A16.14.009.002 | Холецистэктомия лапароскопическая |
| A16.22.001 | Гемитиреоидэктомия | A16.30.001 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи |
| A16.22.001 | Гемитиреоидэктомия | A16.30.001.001 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.22.001 | Гемитиреоидэктомия | A16.30.001.002 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.22.001 | Гемитиреоидэктомия | A16.30.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи |
| A16.22.001 | Гемитиреоидэктомия | A16.30.002.001 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.22.001 | Гемитиреоидэктомия | A16.30.002.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.22.001 | Гемитиреоидэктомия | A16.30.004 | Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки |
| A16.20.032 | Резекция молочной железы | A16.20.004 | Сальпингэктомия лапаротомическая |
| A16.20.032 | Резекция молочной железы | A16.20.017 | Удаление параовариальной кисты лапаротомическое |
| A16.20.032 | Резекция молочной железы | A16.20.061 | Резекция яичника лапаротомическая |
| A16.20.043 | Мастэктомия | A16.20.011.002 | Тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками лапаротомическая |
| A16.18.016 | Гемиколэктомия правосторонняя | A16.14.030 | Резекция печени атипичная |
| A16.20.005 | Кесарево сечение | A16.20.035 | Миомэктомия (энуклеация миоматозных узлов) лапаротомическая |
| A16.20.005 | Кесарево сечение | A16.20.001 | Удаление кисты яичника |
| A16.20.005 | Кесарево сечение | A16.20.061 | Резекция яичника лапаротомическая |
| A16.20.005 | Кесарево сечение | A16.20.041 | Стерилизация маточных труб лапаротомическая |
| A16.20.005 | Кесарево сечение | A16.20.039 | Метропластика лапаротомическая |
| A16.20.005 | Кесарево сечение | A16.20.075 | Перевязка маточных артерий |
| A16.20.014 | Влагалищная тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками | A16.20.042.001 | Слинговые операции при недержании мочи |
| A16.20.063.001 | Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий | A16.20.083 | Кольпоперинеоррафия и леваторопластика |
| A16.20.063.001 | Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий | A16.20.042.001 | Слинговые операции при недержании мочи |
| A16.20.083 | Кольпоперинеоррафия и леваторопластика | A16.20.042.001 | Слинговые операции при недержании мочи |
| A16.16.033.001 | Фундопликация лапароскопическая | A16.14.009.002 | Холецистэктомия лапароскопическая |
| A16.14.009.002 | Холецистэктомия лапароскопическая | A16.20.063.001 | Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.18.009.001 | Аппендэктомия с использованием видеоэндоскопических технологий | A16.20.061.001 | Резекция яичника с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.18.009 | Аппендэктомия | A16.20.061 | Резекция яичника лапаротомическая |
| A16.18.027 | Эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования толстой кишки | A16.19.017 | Удаление полипа анального канала и прямой кишки |
| A16.18.027 | Эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования толстой кишки | A16.19.003.001 | Иссечение анальной трещины |
| A16.18.027 | Эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования толстой кишки | A16.19.013 | Удаление геморроидальных узлов |
| A16.19.013 | Удаление геморроидальных узлов | A16.19.003.001 | Иссечение анальной трещины |
| A16.28.071.001 | Иссечение кисты почки лапароскопическое | A16.20.001.001 | Удаление кисты яичника с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.28.054 | Трансуретральная уретеролитоэкстракция | A16.28.003.001 | Лапароскопическая резекция почки |
| A16.28.004.001 | Лапароскопическая нефрэктомия | A16.21.002 | Трансуретральная резекция простаты |
| A16.21.002 | Трансуретральная резекция простаты | A16.28.085 | Трансуретральная эндоскопическая цистолитотрипсия |
| A16.08.013.001 | Пластика носовой перегородки с использованием видеоэндоскопических технологий | A16.08.017.001 | Гайморотомия с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.26.093 | Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация  | A16.26.069 | Трабекулотомия |
| A16.26.093 | Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация | A16.26.073.003 | Проникающая склерэктомия |
| A16.26.093 | Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация | A16.26.115 | Удаление силиконового масла (или иного высокомолекулярного соединения) из витреальной полости |
| A16.26.093 | Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация | A16.26.146 | Реконструкция угла передней камеры глаза |
| A16.26.093 | Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация | A16.26.049 | Кератопластика (трансплантация роговицы) |
| A16.26.093 | Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация | A16.26.087 | Замещение стекловидного тела |
| А16.26.093.002 | Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы | А16.26.070 | Модифицированная синустрабекулэктомия |
| А16.26.093.001 | Факоэмульсификация с использованием фемтосекундного лазера | А16.26.070 | Модифицированная синустрабекулэктомия |
| А16.26.093.002 | Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы | А 16.26.049.005 | Неавтоматизированная эндотекатопластика |
| А16.26.093.001 | Факоэмульсификация с использованием фемтосекундного лазера | А 16.26.049.005 | Неавтоматизированная эндотекатопластика |
| А16.26.093.001 | Факоэмульсификация с использованием фемтосекундного лазера | А16.26.093.002 | Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы |
| А 16.26.049.008 | Сквозная кератопластика | А16.26.092 | Экстракапсулярная экстракция катаракты с имплантацией ИОЛ |
| А16.26.049.004 | Послойная кератопластика | А16.26.093.002 | Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы |
| А16.26.049.004 | Послойная кератопластика | А16.26.093.001 | Факоэмульсификация с использованием фемтосекундного лазера |
| А16.26.098 | Энуклеация глазного яблока | А16.26.041.001 | Пластика конъюнктивальной полости с использованием свободного лоскута слизистой со щеки |
| А16.26.099 | Эвисцерация глазного яблока | А16.26.041.001 | Пластика конъюнктивальной полости с использованием свободного лоскута слизистой со щеки |
| А16.26.106 | Удаление инородного тела, новообразования из глазницы | A16.26.111 | Пластика века (блефаропластика) без и с пересадкой тканей |
| A16.26.111.001 | Пластика верхних век без пересадки тканей чрескожным доступом | А16.26.041.001 | Пластика конъюнктивальной полости с использованием свободного лоскута слизистой со щеки |
| А16.26.145 | Пластика опорно­двигательной культи при анофтальме | А16.26.041.001 | Пластика конъюнктивальной полости с использованием свободного лоскута слизистой со щеки |
| А07.26.001 | Брахитерапия | А22.26.015 | Термотерапия новообразований сетчатки |
| А07.26.001 | Брахитерапия | А16.26.075.001 | Склеропластика с использованием трансплантатов |
| А16.26.089.002 | Витреоэктомия задняя субтотальная закрытая | А16.26.093.001 | Факоэмульсификация с использованием фемтосекундного лазера |
| А16.26.089.002 | Витреоэктомия задняя субтотальная закрытая | А16.26.093.002 | Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы |
| А16.26.089.002 | Витреоэктомия задняя субтотальная закрытая | А16.26.094 | Имплантация интраокулярной линзы |
| А16.26.089.002 | Витреоэктомия задняя субтотальная закрытая | А16.26.082 | Круговое эпиклеральное пломбирование |
| А16.26.115 | Удаление силиконового масла (или иного высокомолекулярного соединения) из витреальной полости | А16.26.093.002 | Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы |
| А16.26.115 | Удаление силиконового масла (или иного высокомолекулярного соединения) из витреальной полости | А16.26.094 | Имплантация интраокулярной линзы |
| A16.26.094 | Имплантация интраокулярной линзы | A16.26.086.001 | Интравитреальное введение лекарственных препаратов |
| А16.07.061.001 | Хейлоринопластика (устранение врожденной расщелины верхней губы) | А16.07.042 | Пластика уздечки верхней губы |
| А16.07.061.001 | Хейлоринопластика (устранение врожденной расщелины верхней губы) | А16.07.044 | Пластика уздечки языка |
| А16.07.016 | Цистотомия или цистэктомия | А16.07.042 | Пластика уздечки верхней губы |
| А16.07.016 | Цистотомия или цистэктомия | А16.07.043 | Пластика уздечки нижней губы |
| А16.07.066 | Уранопластика (устранение врожденной расщелины твердого и мягкого неба) | А16.07.042 | Пластика уздечки верхней губы |
| А16.07.066 | Уранопластика (устранение врожденной расщелины твердого и мягкого неба) | А16.07.044 | Пластика уздечки языка |
| А16.30.014 | Экстирпация срединных кист и свищей шеи | А16.01.018 | Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки |
| А16.30.014 | Экстирпация срединных кист и свищей шеи | А16.01.017 | Удаление доброкачественных новообразований кожи |
| А16.30.015 | Экстирпация боковых свищей шеи | А16.01.018 | Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки |
| А16.30.015 | Экстирпация боковых свищей шеи | А16.01.017 | Удаление доброкачественных новообразований кожи |
| А16.07.016 | Цистотомия или цистэктомия | А16.01.018 | Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки |

2.1.17.3. Проведение однотипных операций на парных органах/частях тела.

|  |  |
| --- | --- |
| Код услуги | Наименование |
| A16.03.022.002 | Остеосинтез титановой пластиной  |
| A16.03.022.004 | Интрамедуллярный стержневой остеосинтез |
| A16.03.022.005 | Остеосинтез с использованием биодеградируемых материалов  |
| A16.03.022.006 | Интрамедуллярный блокируемый остеосинтез |
| A16.03.024.005 | Реконструкция кости. Остеотомия кости с использованием комбинируемых методов фиксации  |
| A16.03.024.007 | Реконструкция кости. Корригирующая остеотомия при деформации стоп |
| A16.03.024.008 | Реконструкция кости. Корригирующая остеотомия бедра |
| A16.03.024.009 | Реконструкция кости. Корригирующая остеотомия голени |
| A16.03.024.010 | Реконструкция кости при ложном суставе бедра |
| A16.03.033.002 | Наложение наружных фиксирующих устройств с использованием компрессионно-дистракционного аппарата внешней фиксации |
| A16.04.014 | Артропластика стопы и пальцев ноги |
| A16.12.006 | Разрез, иссечение и закрытие вен нижней конечности |
| A16.12.006.001 | Удаление поверхностных вен нижней конечности |
| A16.12.006.002 | Подапоневротическая перевязка анастомозов между поверхностными и глубокими венами голени |
| A16.12.006.003 | Диссекция перфорантных вен с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.12.008.001 | Эндартерэктомия каротидная  |
| A16.12.008.002 | Эндартерэктомия каротидная с пластикой |
| A16.12.012 | Перевязка и обнажение варикозных вен |
| A16.20.032.007 | Резекция молочной железы субтотальная с маммопластикой и эндопротезированием |
| A16.20.103 | Отсроченная реконструкция молочной железы с использованием эндопротеза |
| A16.20.043.001 | Мастэктомия подкожная с одномоментной алломаммопластикой |
| A16.20.043.002 | Мастэктомия подкожная с одномоментной алломаммопластикой с различными вариантами кожно-мышечных лоскутов |
| A16.20.043.003 | Мастэктомия радикальная с односторонней пластикой молочной железы с применением микрохирургической техники |
| A16.20.043.004 | Мастэктомия расширенная модифицированная с пластическим закрытием дефекта грудной стенки |
| A16.20.045 | Мастэктомия радикальная подкожная с алломаммопластикой |
| A16.20.047 | Мастэктомия расширенная модифицированная с пластическим закрытием дефекта грудной стенки различными вариантами кожно-мышечных лоскутов |
| A16.20.048 | Мастэктомия радикальная с реконструкцией TRAM-лоскутом |
| A16.20.049.001 | Мастэктомия радикальная по Маддену с реконструкцией кожно-мышечным лоскутом и эндопротезированием |
| А16.26.007 | Пластика слезных точек и слезных канальцев |
| A16.26.011 | Зондирование слезных канальцев, активация слезных точек |
| А16.26.013 | Удаление халязиона |
| А16.26.014 | Удаление контагиозного моллюска, вскрытие малых ретенционных кист век и конъюнктивы, ячменя, абсцесса века |
| А16.26.018 | Эпиляция ресниц |
| A16.26.019 | Устранение эпикантуса |
| A16.26.020 | Устранение энтропиона или эктропиона |
| A16.26.021 | Коррекция блефароптоза |
| A16.26.021.001 | Устранение птоза |
| А16.26.022 | Коррекция блефарохалязиса |
| A16.26.023 | Устранение блефароспазма |
| А16.26.025 | Удаление новообразования век |
| А16.26.026 | Ушивание раны века |
| А16.26.028 | Миотомия, тенотомия глазной мышцы |
| А16.26.034 | Удаление инородного тела конъюнктивы |
| A16.26.075 | Склеропластика  |
| A16.26.075.001 | Склеропластика с использованием трансплантатов  |
| A16.26.079 | Реваскуляризация заднего сегмента глаза |
| A16.26.093.002 | Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы |
| A16.26.094 | Имплантация интраокулярной линзы |
| A16.26.147 | Ретросклеропломбирование |
| A22.26.004 | Лазерная корепраксия, дисцизия задней капсулы хрусталика |
| A22.26.005 | Лазерная иридэктомия |
| A22.26.006 | Лазергониотрабекулопунктура |
| A22.26.007 | Лазерный трабекулоспазис |
| A22.26.009 | Фокальная лазерная коагуляция глазного дна |
| A22.26.010 | Панретинальная лазерная коагуляция  |
| A22.26.019 | Лазерная гониодесцеметопунктура |
| A22.26.023 | Лазерная трабекулопластика |

2.1.17.4. Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями.

Критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 70 дней.

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), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП.

2.1.18. Особенности формирования КСГ и оплаты медицинской помощи, для случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 (st12.015-st12.019).

Формирование групп осуществляется по коду МКБ 10 (U07.1 или U07.2) в сочетании с кодами иного классификационного критерия: «stt1»-«stt4», отражающих тяжесть течения заболевания, или «stt5», отражающим признак долечивания пациента с коронавирусной инфекцией COVID-19.

Тяжесть течения заболевания определяется в соответствии с классификацией COVID-19 по степени тяжести, представленной во Временных методических рекомендациях «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации. Каждой степени тяжести состояния соответствует отдельная КСГ st12.015-st12.018 (уровни 1-4).

Коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ st12.016-st12.018 (уровни 2-4), соответствующим случаям среднетяжелому, тяжелому и крайне тяжелому течению заболевания, учитывают период долечивания пациента.

2.1.18.1. Правила оплаты госпитализаций в случае перевода пациента на долечивание:

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

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

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

2.2. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи.

2.2.1. За счет средств ОМС оплачивается высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в раздел I приложения к Программе при наличии объемов предоставления медицинской помощи, установленных Комиссией.

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

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в круглосуточном стационаре, производится по установленным тарифам на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной по ОМС взрослому и детскому застрахованному населению Челябинской области в круглосуточном стационаре.

В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

При этом в рамках одной госпитализации допускается оплата одного случая ВМП на одной профильной койке и койке реанимации и интенсивной терапии (при необходимости).

2.2.2. Учет законченных случаев лечения заболевания и койко-дней в стационаре круглосуточного пребывания и отделении реанимации и интенсивной терапии ведется медицинскими организациями в соответствии с учетными формами, утвержденными приказом Минздрава РФ от 30.12.2002 № 413.

2.3. Оплата медицинской помощи за счет средств межбюджетных трансфертов Челябинской области.

2.3.1. Оплата социально значимых заболеваний, вызванных вирусом иммунодефицита человека, включая инфекционные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита человека сверх базовой программы ОМС.

2.3.1.1. Оплата медицинской помощи (за исключением специфической противовирусной терапии), оказанной взрослому застрахованному населению Челябинской области с социально значимыми заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека, включая инфекционные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита человека, при госпитализации застрахованного лица в соответствии с клиническими показаниями, требующими госпитального режима, активной терапии и круглосуточного медицинского наблюдения в специализированное инфекционное отделение ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ производится по тарифу на оплату медицинской помощи «Инфекционные (ВИЧ)» в рамках утвержденных бюджетных ассигнований. При этом в движении больного может быть только одна койка по профилю «инфекционные», на которой была оказана медицинская помощь в соответствии с объемами, утвержденными Комиссией на соответствующий год, и койки реанимации и интенсивной терапии (при необходимости).

За счет средств ОМС не оплачивается оказание медицинской помощи застрахованным за пределами Челябинской области гражданам с социально значимыми заболеваниями.

2.3.1.2. Оплата по тарифу на оплату медицинской помощи «Инфекционные (ВИЧ)» производится:

2.3.1.2.1. В размере 100% стоимости законченного случая лечения:

- по завершению лечения при выписке, переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, 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, при переводе из круглосуточного стационара в дневной стационар, за исключением прерванных случаев.

- в случае летального исхода при длительности госпитализации более 3-х дней.

2.3.1.2.2. В размере 50% стоимости законченного случая лечения оплачивается прерванный случай оказания медицинской помощи при длительности лечения более 3-х дней.

2.3.1.2.3. В размере 40% стоимости законченного случая лечения оплачивается прерванный случай лечения при длительности лечения 3 дня и менее.

2.3.2. Оплата медицинских услуг, оказанных сверх базовой программы ОМС в части проведения прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований) при заборе материала в стационарных условиях для исследования последов в родильных отделениях осуществляется ГБУЗ «Челябинское областное патологоанатомическое бюро», ГАУЗ «Центр охраны материнства и детства г. Магнитогорск», ГБУЗ «Городская больница № 1 г.Копейск», ГБУЗ «Городская больница № 1 г.Коркино», МАУЗ Городская клиническая больница № 6, МАУЗ ОЗП Городская клиническая больница № 8, ГБУЗ «Районная больница г.Касли», ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, ГБУЗ «Городская больница г. Южноуральск» по тарифу на оплату медицинских услуг «Гистологическое исследование 2 категории сложности (сверх БП ОМС)» в соответствии с таблицей 2 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

2.3.3. Оплата дополнительных объемов высокотехнологичной медицинской помощи, установленных сверх базовой программы ОМС.

2.3.3.1. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам Челябинской области, включенной в раздел I приложения к Программе, в рамках дополнительных объемов, установленных сверх базовой программы ОМС, осуществляется по профилям медицинской помощи «кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия»:

- по модели пациента «нестабильная стенокардия, острый и повторный инфаркт миокарда (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)» по методу лечения «баллонная вазодилатация с установкой 1 стента в сосуд (сосуды)»;

- по модели пациента «нестабильная стенокардия, острый и повторный инфаркт миокарда (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)» по методу лечения «баллонная вазодилатация с установкой 2 стентов в сосуд (сосуды)»;

- по модели пациента «нестабильная стенокардия, острый и повторный инфаркт миокарда (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)» по методу лечения «баллонная вазодилатация с установкой 3 стентов в сосуд (сосуды)»;

- по модели пациента «нестабильная стенокардия, острый и повторный инфаркт миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)» по методу лечения «баллонная вазодилатация с установкой 1 стента в сосуд (сосуды)»;

- по модели пациента «нестабильная стенокардия, острый и повторный инфаркт миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)» по методу лечения «баллонная вазодилатация с установкой 2 стентов в сосуд (сосуды)»;

- по модели пациента «нестабильная стенокардия, острый и повторный инфаркт миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)» по методу лечения «баллонная вазодилатация с установкой 3 стентов в сосуд (сосуды)»

 следующим медицинским организациям:

- ГБУЗ «Городская больница № 3 г.Миасс»;

- ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3»;

- ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»;

- ГАУЗ «Городская больница № 3 г.Магнитогорск»;

- АНО «Центральная клиническая медико-санитарная часть»;

- НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Челябинск открытого акционерного общества «Российские железные дороги»;

- ГБУЗ «Областная больница г.Троицк»;

- МАУЗ ОЗП Городская клиническая больница № 8.

2.3.3.2. Оплата дополнительных объемов высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется за законченный случай лечения заболевания в соответствии с пунктом 2.2, по тарифам на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, установленным приложением 17 к Тарифному соглашению.

2.3.4. Оплата стационарной специализированной медицинской помощи, оказанной в рамках сверх базовой программы ОМС взрослому застрахованному населению с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями (плановая коронарография).

2.3.4.1. Для оплаты случаев оказания стационарной специализированной медицинской помощи взрослому застрахованному населению с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями (плановая коронарография) обязательным условием является указание комбинации классификационных критериев: кода медицинской услуги A06.10.006 «Коронарография» и кодов по МКБ 10: I05, I06, I07, I08, I09, I11, I12, I20 (за исключением I20.0), I25, I26, I27 (за исключением I27.2), I28, I31, I34, I35, I36, I37, I38, I39, I42, I43, I44.0-I44.7, I45.1-45.6, I45.8, I45.9, I46, I47.0-I47.2, I47.9, I48.0-I48.4, I48.9, I49, I50, I51, I70.0-I70.2, I70.8, I70.9, I71, I72 (за исключением I72.5, I72.6), I73, I74, I77, I78, I79, I80, I82, I83, I85, Q20, Q21, Q22, Q23, Q24 (за исключением Q24.6), Q25, Q26, Q27, Q28.

Оплата случаев оказания стационарной медицинской помощи взрослому застрахованному населению с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями (плановая коронарография) осуществляется в пределах утвержденных бюджетных ассигнований следующим медицинским организациям:

- АНО «Центральная клиническая медико-санитарная часть»;

- ГАУЗ «Городская больница № 3 г.Магнитогорск»;

- ГБУЗ «Городская больница № 3 г.Миасс»;

- ГБУЗ «Областная больница г.Троицк»;

- ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3»;

- МАУЗ ОЗП Городская клиническая больница № 8;

- НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Челябинск открытого акционерного общества «Российские железные дороги»;

- ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»;

- ООО Медицинский центр «МЕДЕОР».

В рамках одной госпитализации в движении больного могут быть предъявлены на оплату случаи оказания медицинской помощи, финансируемые как в рамках базовой, так и сверх базовой программы ОМС. В движении больного должна быть одна из коек по профилю «сосудистой хирургии» или «кардиологические», на которой была оказана медицинская помощь в соответствии с объемами, установленными сверх базовой программы ОМС Комиссией, и койки реанимации и интенсивной терапии (при необходимости).

2.3.4.2. Оплата стационарной специализированной медицинской помощи, оказанной взрослому застрахованному населению с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями (плановая коронарография) производится по тарифам «Сосудистой хирургии (плановая коронарография)», «Кардиологические (плановая коронарография)» в размере 100% стоимости законченного случая лечения, в том числе прерванные случаи оказания медицинской помощи (сверх базовой программы ОМС).

2.3.5. К прерванным случаям оказания медицинской помощи сверх базовой программы ОМС относятся случаи лечения, закончившиеся переводом пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выпиской пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальным исходом, а также законченные случаи лечения, длительность которых составляет 3 дня и менее.

2.3.6. Учет законченных случаев лечения заболевания и койко-дней в стационаре круглосуточного пребывания и отделении реанимации и интенсивной терапии ведется медицинскими организациями в соответствии с учетными формами, утвержденными приказом Минздрава РФ от 30.12.2002 № 413.

**Глава 3. Оплата медицинской помощи, оказанной**

**в условиях дневного стационара**

3.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ, медицинским организациям Челябинской области, указанным в приложении 1 к Тарифному соглашению.

3.2. Отнесение случая лечения заболевания к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями*,* на основании всех возможных комбинаций классификационных критериев.

3.3. Расшифровка КСГ в соответствии с кодами диагноза по МКБ 10 и  номенклатурой услуг, утвержденной приказом Минздрава РФ от 13.10.2017 № 804н, а также группировка случаев и учет классификационных критериев (пол, возрастная категория пациента и др.) произведены на основании Методических рекомендаций.

3.4. Оплата медицинской помощи, оказанной по ОМС в дневных стационарах производится по КСГ, соответствующей конкретному случаю лечения заболевания на том профиле койки отделения, где была оказана застрахованному лицу медицинская помощь, при условии наличия лицензии на соответствующий вид медицинской деятельности и объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

3.5. Длительность лечения в дневных стационарах учитывается следующим образом: от даты поступления пациента в дневной стационар до даты его выбытия, включая выходные дни. При подсчете дней лечения в дневном стационаре день поступления и день выбытия считаются как два дня лечения.

3.6. Стоимость законченного случая лечения в дневном стационаре по КСГ (ССдс).

3.6.1. Стоимость законченного случая лечения в дневном стационаре по КСГ (ССдс) (за исключением случаев, порядок оплаты которых установлен пунктом 3.6.2) определяется по следующей формуле:

$СС\_{ДС}=НФЗ\_{ДС}×КП\_{ДС}×КЗ\_{ДС} ×КС\_{ДС}×КД$, где

$НФЗ\_{ДС}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневных стационаров без учета коэффициента дифференциации, рублей;

$КП\_{ДС}$ - коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневных стационаров к базовой ставке;

$КЗ\_{ДС}$ **-** коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения;

$КС\_{ДС}$ - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен случай лечения.

КД - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462.

3.6.2. Расчет стоимости законченных случаев лечения по КСГ, составляющих исключение из порядка расчета стоимости, установленного п. 3.6.1.

3.6.2.1. Стоимость законченного случая лечения (Сд) при оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях дневного стационара, определяется по формуле:

Cд = (Тдi х Чуслуг фi) + $(T\_{i}^{доп} х Чуслуг фi)$, где

Тдi **-** тариф на оплату услуг диализа;

Чуслуг фi **-** количество фактически выполненных услуг диализа.

Тариф на оплату услуг диализа (приложение 16 к Тарифному соглашению) определяется по следующей формуле:

Тдi = БТгд × КЗд× (КД × Дзп+ (1 – Дзп)), где

БТгд **-** базовый тариф на оплату гемодиализа по коду услуги А18.05.002 «Гемодиализ»;

КЗд **-** коэффициент относительной затратоемкости услуг диализа, применяемый к базовому тарифу на оплату диализа, установлен приложением 16 к Тарифному соглашению;

КД **-** коэффициент дифференциации установлен в размере 1,113;

Дзп **-** доля расходов на заработную плату в услуге диализа установлена в размере 20%.

$T\_{i}^{доп}$ - дополнительный тариф на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии сверх базовой программы ОМС, рассчитанный для i-ой медицинской организации и применяемый к стоимости услуг гемодиализа

$Т\_{i}^{доп}= \frac{ФО\_{i}^{дост }– \sum\_{n=1}^{n}ФО\_{i ф}^{дост}}{Ч\_{услуг }- \sum\_{n=1}^{n}Ч\_{услуг ф}}$ , где

$ФО\_{i}^{дост}$ **-** сумма финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2021 год, установленная для i-ой медицинской организации;

$ФО\_{i ф}^{дост}$ **-** фактическая сумма средств, направленных на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, i-ой медицинской организации;

$Ч\_{услуг}$ **-** количество медицинских услуг гемодиализа в дневных стационарах, установленных Комиссией на 2021 год для i-ой медицинской организации;

$Ч\_{услуг ф}$ - фактическое количество медицинских услуг гемодиализа, оказанных в дневных стационарах i-ой медицинской организацией.

3.6.2.2. Стоимость законченного случая лечения в условиях дневного стационара по КСГ (ССдс) при оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа и при необходимости в сочетании с оплатой по КСГ, определяется по следующей формуле:

$$СС\_{ДС}=НФЗ\_{ДС}×КП\_{ДС}×КЗ\_{ДС}×КС\_{ДС}×КД+\left(Тдi × Чуслуг фi\right)+(T\_{i}^{доп}×Чуслуг фi) $$

3.6.2.3. Стоимость одного законченного случая лечения по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями определяется по следующей формуле:

$СС\_{ДС}=БС\_{ДС}× КЗ\_{ДС}×\left(\left(1-Д\_{ЗП}\right) + Д\_{ЗП}× КС\_{ДС}× КД\right)$, где:

$БС\_{ДС}$ - размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;

$Д\_{ЗП}$ - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, установленная в приложении 7/8 к Тарифному соглашению.

3.6.2.4. Стоимость одного законченного случая лечения по КСГ для случаев лечения лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями, получающих услуги диализа в условиях дневного стационара определяется по следующей формуле:

$СС\_{ДС}=БС\_{ДС}×КЗ\_{ДС}×\left(\left(1-Д\_{ЗП}\right) +Д\_{ЗП}×КС\_{ДС}×КД\right)+\left(Тдi х Чуслуг фi\right)+ \left(T\_{i}^{доп} х Чуслуг фi\right)$

3.7. Размер финансового обеспечения медицинской организации по КСГ, рассчитывается как сумма стоимости всех законченных случаев лечения по КСГ в дневных стационарах:

$ФОмо=\sum\_{}^{}СС\_{дс}$ , где

ФОмо **-** размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

ССдс**-** стоимость законченного случая лечения по КСГ, рублей.

3.8. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи.

3.8.1. 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, оказании услуг диализа, которые являются прерванными в соответствии со способом оплаты, установленным Разделом IV Программы (далее – прерванные случаи лечения в соответствии с Программой), относятся также законченные случаи лечения, длительность которых составляет 3 дня и менее.

Приложением 7/4 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения в соответствии с Программой) по КСГ, перечисленным в приложении 7/4 к Тарифному соглашению, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

3.8.2. 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% стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 85% стоимости КСГ.

Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию представлен в приложении 7/6 к Тарифному соглашению.

3.8.3. В случае если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 40% стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней - 50% стоимости КСГ.

3.8.4. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) застрахованным лицам в возрасте 18 лет и старше.

В случае если фактическое количество дней введения в рамках случая соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме (100%) по соответствующей КСГ.

В случае если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

3.8.5. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией при злокачественных новообразованиях.

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 вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

3.9. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в рамках дневного стационара или из дневного стационара в круглосуточный стационар), 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 правилами для прерванных случаев, установленными настоящим Тарифным соглашением.

При переводе пациента в рамках дневного стационара в пределах одной медицинской организации с заболеванием, относящимся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

При переводе пациента из дневного стационара в круглосуточный стационар в пределах одной медицинской организации с заболеванием, относящимся к одному классу МКБ 10, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами для прерванных случаев, установленными настоящим Тарифным соглашением.

3.10 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.Случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

3.Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара.

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

По вышеуказанным случаям проводится медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи в соответствии с приказом ФФОМС от 28.02.2019 № 36.

3.11. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.

3.11.1. Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях дневного стационара, осуществляется за услуги диализа с учетом фактического объема услуг, по тарифам, установленным приложением 16 к Тарифному соглашению, и при необходимости в сочетании с оплатой по КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, являющееся поводом для госпитализации в дневной стационар.

В период лечения в дневном стационаре пациент, получающий диализ, должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

3.11.2. Учитывая установленный способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров – за 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 ОМС за единицу объема в условиях дневных стационаров принимается один месяц лечения.

3.11.3. Случай оказания медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях дневного стационара, предъявленный к оплате одной медицинской организацией, подлежит оплате, в том числе, при пересечении сроков лечения в круглосуточных и дневных стационарах другой медицинской организации.

3.11.4. Порядок направления пациентов, нуждающихся в заместительной почечной терапии, на лечение в отделение (центр) диализа определяется органами исполнительной власти Челябинской области и органами Управления здравоохранения муниципальных образований в пределах их компетенции.

3.11.5. В целях ведения персонифицированного учета медицинских услуг диализа медицинская организация заполняет на каждого пациента следующие учетные формы:

- карту динамического наблюдения диализного больного (форма № 003-1/у), утвержденной приказом Минздрава РФ от 13.08.2002 № 254;

- карту ведения диализа (вкладыш к истории болезни).

3.12. Оплата процедуры экстракорпорального оплодотворения, с учетом проведения отдельных этапов, осуществляется по КСГ ds02.008-ds02.011.

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

3.13. Отнесение случаев к группам ds19.037-ds19.049 осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (С00-С80, С97, D00-D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh0001 – sh9002).
Оплата законченного случая госпитализации по КСГ ds19.037-ds19.049, осуществляется при соблюдении определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанных в столбце «Количество дней введения в тарифе» листа «Схемы лекарственной терапии», предусмотренных Методическими рекомендациями.

3.14. Оплата проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии сверх базовой программы ОМС.

3.14.1. Оплата проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии в соответствии с клиническими показаниями, производится по дополнительному тарифу сверх базовой программы ОМС на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, оказанной застрахованному населению Челябинской области, в рамках утвержденных бюджетных ассигнований, в соответствии с установленными Министерством здравоохранения Челябинской области медицинским организациям суммами финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2021 год (приложение 19/1 к Тарифному соглашению).

3.14.2. Дополнительные тарифы сверх базовой программы ОМС на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, на 2021 год установлены приложением 19/2 к Тарифному соглашению.

За счет средств ОМС не оплачивается проезд к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, застрахованных за пределами Челябинской области.

**Глава 4. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной**

**вне медицинской организации**

4.1. Оплата скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), оказанной по ОМС гражданам, застрахованным на территории Челябинской области, медицинскими организациями, указанными в приложении 1 к Тарифному соглашению, осуществляется по фактическому дифференцированному подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации на обслуживаемое застрахованное население в сочетании c оплатой за вызов скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме с проведением тромболитической терапии (далее – ТЛТ), при проведении медицинской эвакуации.

4.2. Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает в себя оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации застрахованному обслуживаемому населению.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации не включает в себя оплату:

- вызовов скорой медицинской помощи с применением ТЛТ;

- вызовов скорой медицинской помощи, оказываемой выездными бригадами при проведении медицинской эвакуации;

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

4.3. 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 определяется по следующей формуле:

$ФО\_{СР}^{СМП}=\frac{\left(Но\_{СМП}×Нфз\_{СМП}\right)×Чз-ОС\_{МТР}}{Чз}$, где

 - 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;

 - средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, вызовов;

 - средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

 - размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС за вызов, рублей;

Чз - численность застрахованного населения Челябинской области, человек.

4.4. Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому подушевому нормативу финансирования при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, рассчитывается по следующей формуле:

$Пр\_{СМП}=\frac{ ПН\_{БАЗ}}{ФО\_{СР}^{СМП}}$, где

$Пр\_{СМП}$ - коэффициент приведения скорой медицинской помощи;

$ПН\_{БАЗ}$ - базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рублей.

4.5. Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из 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 определяется по следующей формуле:

$Пн\_{БАЗ}=\frac{\left(ФО\_{СР}^{СМП}×Чз-ОС\_{В}\right)}{Чз}/КД$, где

ОСВ - размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным лицам в Челябинской области за вызов, рублей.

КД – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462.

4.6. Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается на основе среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи по следующей формуле:

$ДПн^{i}=ФО\_{СР}^{СМП}×Пр\_{СМП}×КС\_{СМП}^{i}×КД^{i}$, где:

$ДПн^{i}$ - дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, для i-той медицинской организации, рублей;

$КС\_{СМП}^{i}$ - коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи i-той медицинской организации;

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

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

$КС\_{СМП}^{i}=КД\_{ПВ}×КД\_{СР}×КД\_{ЗП}$ , где

КДПВ - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива учитывают затраты на оплату скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по половозрастным группам, в разрезе медицинских организаций.

Для расчета коэффициента дифференциации численность застрахованных лиц в Челябинской области распределяется по следующим половозрастным группам:

- ноль - один год мужчины/женщины;

- один год - четыре года мужчины/женщины;

- пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;

- восемнадцать лет – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;

- шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива рассчитываются для каждой половозрастной группы застрахованных лиц на основании данных о затратах на оплату скорой медицинской помощи, оказанной застрахованному обслуживаемому населению за определенный расчетный период, но не реже одного раза в год, и численности застрахованных лиц за данный период;

КДср - коэффициент дифференциации, учитывающий средний радиус территории обслуживания;

КДзп - коэффициент дифференциации заработной платы медицинских работников;

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

$ПК=\frac{ФО\_{СР}^{СМП}×Пр\_{СМП}×Чз}{\sum\_{i}^{}(ДПн^{i} × Ч\_{З}^{i})}$, где

$Ч\_{З}^{i}$ - численность застрахованных лиц, обслуживаемых i*-*той медицинской организацией, человек.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, для медицинской организации рассчитывается по формуле:

$ФДПн^{i}=ДПн^{i}×ПК$, где

$ФДПн^{i} $- фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, для i*-*той медицинской организации, рублей.

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

$ФО\_{СМП }= ФДПн^{i} × Ч\_{З}^{ПР}+ ОС\_{В}$ , где

ФОСМП - размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

$Ч\_{З}^{ПР}$ - численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией на 1-е число месяца, следующего за отчетным, человек;

Ежемесячно, в течение 2-х рабочих дней месяца, следующего за отчетным, информация по численности застрахованных лиц, обслуживаемых станциями (подстанциями) скорой медицинской помощи, отделениями скорой медицинской помощи в составе медицинских организаций по состоянию на 1-е число месяца следующего за отчетным, размещается на сайте ТФОМС Челябинской области.

4.10. Оплата скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме с проведением ТЛТ производится по тарифам за вызов скорой медицинской помощи. Указанные тарифы включают в себя затраты на лекарственное обеспечение ТЛТ с применением алтеплазы, проурокиназы, тенектеплазы, рекомбинантного белка, содержащего аминокислотную последовательность стафилокиназы.

4.11. Оплата медицинской помощи при проведении медицинской эвакуации производится по тарифам за вызов выездной бригады медицинских организаций, указанных в приложении 1 к Тарифному соглашению. Медицинская эвакуация осуществляется из медицинских организаций согласно зонам обслуживания, установленным приказом Минздрава Челябинской области от 09.09.2016 № 1517, в любые профильные медицинские организации, которые оказывают медицинскую помощь в сфере ОМС.

4.12. Расчеты за скорую медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в иных субъектах Российской Федерации, осуществляются по тарифам за вызов скорой медицинской помощи, оказанной населению, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации.

4.13. Финансовое обеспечение станций (подстанций) скорой медицинской помощи и отделений скорой медицинской помощи включает в себя, в том числе стоимость скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам, проживающим вне территории обслуживания станции (подстанции, отделений) скорой медицинской помощи по Челябинской области, за исключением скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, указанным в пунктах 4.10, 4.11.

4.14. При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий.

Глава 5. Порядок расчетов между медицинскими организациями за проведенную медицинскую услугу дистанционного диспансерного наблюдения больных с артериальной гипертензией

5.1. Порядок организации работы по дистанционному диспансерному наблюдению больных с артериальной гипертензией на территории Челябинской области осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 11.12.2017 № 2286 «О внедрении пилотного проекта дистанционного диспансерного наблюдения больных с артериальной гипертензией с использованием средств ОМС на территории Челябинской области».

5.2. Перечень медицинских организаций, участвующих в дистанционном диспансерном наблюдении больных с артериальной гипертензией утвержден приказом Минздрава Челябинской области от 11.12.2017 № 2286.

5.3. Расчеты за проведенную медицинскую услугу дистанционного диспансерного наблюдения больных с артериальной гипертензией осуществляются на основании заключенных между медицинскими организациями договоров по установленным тарифам на оплату дистанционного диспансерного наблюдению больных с артериальной гипертензией, без выставления счетов и реестра счетов в СМО.

**Раздел III. Тарифы на оплату медицинской помощи**

 Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, утвержденной в составе Правил ОМС, Методическими рекомендациями и 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 РФ, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Стоимость медицинской помощи определяется дифференцированно с учетом коэффициента уровня медицинских организаций:

- коэффициент первого уровня медицинской организации – для оплаты медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь.

- коэффициент второго уровня медицинской организации – для оплаты медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированных больниц, центров, диспансеров.

- коэффициент третьего уровня медицинской организации – для оплаты медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Решение по отнесению медицинской организации к уровню оказания медицинской помощи принимается Комиссией по предложению Министерства здравоохранения Челябинской области.

Расходы по оказанию медицинских услуг параклиническими подразделениями, отделениями реанимации и интенсивной терапии, палатами интенсивной терапии, расходы по содержанию параклинических подразделений, отделений реанимации и интенсивной терапии, палат интенсивной терапии, вспомогательных подразделений медицинских организаций включены в тарифы на оплату медицинской помощи.

Средства ОМС используются медицинскими организациями в соответствии с бюджетной классификацией Российской Федерации, применяемой при бухгалтерском (бюджетном) учете, на следующие виды расходов:

- заработная плата (включая расходы на финансовое обеспечение осуществления стимулирующих денежных выплат, в том числе:

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

медицинским работникам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (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);

- начисления на оплату труда;

- прочие выплаты;

- приобретение лекарственных средств, расходных материалов;

- приобретение 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.

**Глава 1. Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной**

**в амбулаторных условиях**

1.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями Челябинской области.

1.1.1. Тарифы на оплату медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому и детскому застрахованному населению в поликлинике, медицинскими  организациями 1, 2, 3 уровней оказания медицинской помощи, не участвующими в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи, а также медицинскими организациями, участвующими в подушевом финансировании (в том числе на оплату внешней медицинской помощи (взаиморасчетов)), установлены приложением 9/1 к Тарифному соглашению.

1.1.2. Тарифы на оплату медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому и детскому застрахованному населению на дому, медицинскими  организациями 1, 2, 3 уровней оказания медицинской помощи, не участвующими в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи, а также медицинскими организациями, участвующими в подушевом финансировании (в том числе на оплату внешней медицинской помощи (взаиморасчетов)), установлены приложением 9/2 к Тарифному соглашению.

1.1.3 Тарифы на оплату медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому и детскому застрахованному населению в поликлинике для медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи, а также для медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании, по видам медицинской помощи, не включенным в базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлены приложением 9/3 к Тарифному соглашению.

1.1.4. Тарифы на оплату неотложной медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому и детскому застрахованному населению в поликлинике, на дому установлены приложением 9/4 к Тарифному соглашению.

1.1.5. Тарифы на оплату консультативно-диагностической медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому и детскому застрахованному населению в консультативно-диагностических центрах Челябинской области, установлены приложением 9/5 к Тарифному соглашению.

1.1.6 Тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых взрослому и детскому застрахованному населению в поликлинике медицинскими организациями, не участвующими в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи, а также медицинскими организациями, участвующими в подушевом финансировании, по видам медицинской помощи, не включенным в базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлены таблицей 1 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

1.1.7. Тарифы на оплату медицинских услуг, оказанных сверх базовой программы ОМС взрослому и детскому застрахованному населению, установлены таблицей 2 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

1.1.8. Тарифы на оплату медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому застрахованному населению в центрах амбулаторной онкологической помощи установлены приложением 9/8 к Тарифному соглашению.

1.1.9 Тарифы на оплату дистанционных консультаций в амбулаторных условиях, оказанных с применением телемедицинских технологий в режиме реального времени взрослому и детскому застрахованному населению на дому, для осуществления взаиморасчетов между медицинскими организациями, участвующими в подушевом финансировании, установлены приложением 9/6 к Тарифному соглашению.

1.1.10. Тарифы на оплату стоматологических услуг (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанных взрослому и детскому застрахованному населению установлены приложением 10 к Тарифному соглашению.

1.1.11. Тарифы на оплату дополнительных объемов амбулаторной медицинской помощи по решениям врачебной комиссии сверх базовой программы ОМС, установлены таблицей 2 приложения 10 к Тарифному соглашению.

1.1.12. Тарифы на оплату комплексного посещения диспансеризации взрослого и детского застрахованного населения, применяемые при межучрежденческих, межтерриториальных расчетах, установлены приложением 12 к Тарифному соглашению.

1.1.13. Тарифы на оплату комплексного посещения профилактических медицинских осмотров взрослого и детского застрахованного населения, применяемые при межучрежденческих, межтерриториальных расчетах, установлены приложением 13 к Тарифному соглашению.

1.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования в сфере ОМС Челябинской области.

1.2.1. Средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях установлен в размере 435,59 рублей на 1 застрахованное лицо в месяц.

Коэффициент приведения в амбулаторных условиях установлен в размере 0,438.

1.2.2. Коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи:

1.2.2.1. Половозрастные коэффициенты дифференциации базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в разрезе половозрастных групп установлены в размере:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 0-1 года | 1-4 года | от 5 до 17 лет | от 18 до 64 лет | 65 лет и старше |
| жен | муж | жен | муж | жен | муж | жен | муж | жен | муж |
| 3,184 | 3,333 | 1,955 | 2,034 | 0,979 | 0,985 | 0,928 | 0,544 | 1,602 | 1,602 |

1.2.2.2. Коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала установлены приложением 5 к Тарифному соглашению.

1.2.2.3. Коэффициенты дифференциации для медицинской организации ($КД^{i}$) установлены:

- для медицинских организаций Челябинской области в размере 1,105;

- для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО), подведомственных ФМБА:

- ФГБУЗ «Клиническая больница № 71 ФМБА» г.Озерск, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» г.Снежинск в размере 1,21;

- ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» г.Трехгорный в размере 1,14.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для медицинских организаций устанавливается с учетом применения вышеперечисленных коэффициентов дифференциации.

1.2.3. Поправочный коэффициент, рассчитанный в соответствии с пунктом 1.1.2.7 раздела II, установлен в размере 0,917.

1.2.4. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рассчитанный с учетом коэффициента дифференциации, при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет в среднем на 2021 год:

Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий менее 100 жителей –917,61 тыс. рублей,

Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей –1 124,91 тыс. рублей,

Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, входящий в структуру медицинской организации (ФГБУЗ «Клиническая больница № 71 Федерального медико-биологического агентства»), расположенной на территории ЗАТО, подведомственных ФМБА - 1 222,95 тыс. рублей,

Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей –1 782,14 тыс. рублей,

Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, более 2000 жителей –2 001,17 тыс. рублей.

Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, учитывающие критерии соответствия фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, установлены приложением 4 к Тарифному соглашению.

1.2.5. Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, коэффициенты уровня оказания медицинской помощи, фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, тарифы на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов установлены приложением 14 к Тарифному соглашению.

1.2.6. Показатели результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, установлены в приложении 15 к Тарифному соглашению.

1.3. Базовый тариф на оплату гемодиализа по коду услуги А18.05.002 «Гемодиализ» установлен в размере 5 949,00 рублей. Базовый тариф на оплату перитонеального диализа по коду услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ» установлен в размере 4 790,00 рублей.

1.4. Тарифы на оплату услуг диализа установлены приложением 16 к Тарифному соглашению.

1.5. Дополнительные тарифы сверх базовой программы ОМС на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, установлены приложением 19/2 к Тарифному соглашению.

**Глава 2. Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной**

**в стационарных условиях**

2.1. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (с учетом коэффициента дифференциации, без учета межбюджетных трансфертов Челябинской области) установлен в размере 40 361,31 рублей.

Базовая ставка в круглосуточном стационаре с учетом коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462, установлена в размере 26 234,85 рублей, без учета коэффициента дифференциации установлена в размере 23 571,29 рублей.

2.2. Коэффициент приведения установлен в размере 0,65.

2.3. Перечень КСГ, размер коэффициентов относительной затратоемкости, коэффициентов специфики, используемых при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, установлены приложением 7/1 к Тарифному соглашению.

2.4. Перечень КСГ в круглосуточном стационаре оплата которых осуществляется в размере 100% стоимости случаев лечения (не относящихся к прерванным случаям лечения в соответствии с Программой) независимо от длительности лечения установлены приложением 7/3 к Тарифному соглашению.

2.5. Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, установлены приложением 7/5 к Тарифному соглашению.

2.6. Значения коэффициентов уровня/подуровня медицинской организации в разрезе медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, установлены приложением 3 к Тарифному соглашению.

2.7. Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, используемая при оплате медицинской помощи в стационарных условиях установлена приложением 7/7 к Тарифному соглашению.

2.8. Перечень случаев, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента в стационарных условиях, значение коэффициента установлены приложением 8 к Тарифному соглашению.

2.9. Коэффициент дифференциации (КД) для медицинских организаций Челябинской области установлен в размере 1,113.

2.10. Базовый тариф на оплату гемодиализа по коду услуги А18.05.002 «Гемодиализ» установлен в размере 5 949,00 рублей.

2.11. Тарифы на оплату услуг диализа установлены приложением 16 к Тарифному соглашению.

2.12. Дополнительный тариф на оплату специализированной стационарной медицинской помощи, оказанной в рамках базовой программы ОМС по профилю «медицинская реабилитация» за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области для ГБУЗ «Челябинский областной центр реабилитации», ООО «Санаторий «Карагайский бор» установлен в размере 3 510,65 рублей.

2.13. Дополнительный тариф на оплату специализированной стационарной медицинской помощи, оказанной в рамках базовой программы ОМС по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» по КСГ st25.012.1 «Операции на сосудах (уровень 5)» с применением кода услуги A16.23.034.013 «Локальная эндоваскулярная трансартериальная тромбоэкстракция» за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области для ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3», АНО «Центральная клиническая медико-санитарная часть» установлен в размере 562 500,00 рублей.

2.14. Тарифы на оплату медицинских услуг, оказанных сверх базовой программы ОМС взрослому и детскому застрахованному населению установлены таблицей 2 приложения 9/7к Тарифному соглашению.

2.15. Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной по ОМС взрослому и детскому застрахованному населению Челябинской области в круглосуточном стационаре установлены приложением 17 к Тарифному соглашению.

2.16. Тариф на оплату медицинской помощи, оказанной по ОМС взрослому застрахованному населению Челябинской области с социально значимыми заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека, включая инфекционные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита человека, сверх базовой программы ОМС в круглосуточном стационаре «Инфекционные (ВИЧ)» за законченный случай лечения заболевания установлен в размере 83 934,80 рублей.

2.17. Тарифы на оплату стационарной специализированной медицинской помощи, оказанной взрослому застрахованному населению c хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями (плановая коронарография) сверх базовой программы ОМС «Сосудистой хирургии (плановая коронарография)», «Кардиологические (плановая коронарография)» за законченный случай лечения заболевания установлены в размере 25 610,42 рублей.

2.18. Оплата оказанной медицинской помощи производится в размере 100%, 85%, 80%, 50%, 40% стоимости законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ согласно условий, определенных пунктом 2.1.9 главы 2 раздела II.

**Глава 3. Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной**

**в условиях дневного стационара**

3.1. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи без учета коэффициента дифференциации установлен в размере 22 141,69 рублей.

Базовая ставка в дневном стационаре без учета коэффициента дифференциации установлена в размере 13 285,01 рублей.

3.2. Коэффициент приведения установлен в размере 0,60.

3.3. Перечень КСГ, размер коэффициентов относительной затратоемкости, коэффициентов специфики, используемых при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, установлены приложением 7/2 к Тарифному соглашению.

3.4. Перечень КСГ в дневном стационаре оплата которых осуществляется в размере 100% стоимости случаев лечения (не относящихся к прерванным случаям лечения в соответствии с Программой) независимо от длительности лечения установлены приложением 7/4 к Тарифному соглашению.

3.5. Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию установлены приложением 7/6 к Тарифному соглашению.

3.6. Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, используемая при оплате медицинской помощи в условиях дневного стационара, установлена приложением 7/8 к Тарифному соглашению.

3.7. Коэффициент дифференциации (КД) установлен:

3.7.1. для медицинских организаций Челябинской области (за исключением изложенных в пункте 3.7.2) в размере 1,105;

3.7.2. для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований:

- ФГБУЗ «Клиническая больница № 71 ФМБА» г.Озерск, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» г.Снежинск в размере 1,21;

- ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» г.Трехгорный в размере 1,14.

3.8. Базовый тариф на оплату гемодиализа по коду услуги А18.05.002 «Гемодиализ» установлен в размере 5 949,00 рублей.

3.9. Тарифы на оплату услуг диализа установлены приложением 16 к Тарифному соглашению.

3.10. Дополнительные тарифы сверх базовой программы ОМС на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, установлены приложением 19/2 к Тарифному соглашению.

3.11. Оплата оказанной медицинской помощи производится в размере 100%, 85%, 80%, 50%, 40% стоимости законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ согласно условий, определенных пунктом 3.9 главы 3 раздела II.

**Глава 4. Размер тарифов на оплату скорой медицинской помощи**

4.1. Средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, установлен в размере 71,90 рублей на 1 застрахованное лицо в месяц.

4.2. Коэффициент приведения скорой медицинской помощи установлен в размере 0,869.

4.3. Половозрастные коэффициенты дифференциации базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в разрезе половозрастных групп установлены в размере:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 0-1 года | 1-4 года | от 5 до 17 лет | от 18 до 64 лет | 65 лет и старше |
| жен | муж | жен | муж | жен | муж | жен | муж | жен | муж |
| 2,489 | 3,076 | 1,858 | 2,122 | 0,701 | 0,740 | 0,765 | 0,662 | 2,086 | 1,861 |

4.4. Коэффициент дифференциации для медицинской организации ($КД^{i}$) установлены:

- для медицинских организаций Челябинской области в размере 1,105;

- для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО), подведомственных ФМБА:

- ФГБУЗ «Клиническая больница № 71 ФМБА» г.Озерск, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» г.Снежинск в размере 1,21;

- ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» г.Трехгорный в размере 1,14.

4.5. Поправочный коэффициент, рассчитанный в соответствии с пунктом 4.8 раздела II установлен в размере 1,010.

4.6. Коэффициенты специфики оказания скорой медицинской помощи, фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, установлены приложением 18/1 к Тарифному соглашению.

4.7. Тарифы за вызов скорой медицинской помощи, оказанной застрахованному населению Челябинской области, вне медицинской организации; Тарифы за вызов скорой медицинской помощи, оказанной населению, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации; Тарифы за вызов выездной бригады при проведении медицинской эвакуации, оказанной по ОМС застрахованному населению Челябинской области, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации установлены приложением 18/2 к Тарифному соглашению.

Глава 5. Размер тарифов на оплату медицинских услуг

дистанционного диспансерного наблюдения больных

с артериальной гипертензией

5.1. Тарифы на оплату медицинских услуг дистанционного диспансерного наблюдения больных с артериальной гипертензией установлены приложением 11 к Тарифному соглашению.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| КОД нарушения/дефекта | ПЕРЕЧЕНЬ НАРУШЕНИЙ | СУММАНЕ ПОДЛЕЖАЩАЯ ОПЛАТЕ | РАЗМЕРШТРАФА\* |
| Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц |
| 1.1. | Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе: |
| 1.1.1. | на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС; |  | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 1.1.2. | на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации; |  |  30 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 1.1.3. | нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения |  |  30 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 1.1.4. | Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения |  |  |
| 1.2. Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе: |
| 1.2.1. | не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; |  | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 1.2.2. | повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания; |  | 300 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 1.3. Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном базовой программой ОМС, в том числе: |
| 1.3.1. | не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; |  | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 1.3.2. | повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке). |  | 300 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 1.4. | Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 1.5. | Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  | 50 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 50 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения |
| 2.1. | Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет. |  | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 2.2.Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации: |
| 2.2.1. | о режиме работы медицинской организации; |  | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 2.2.2. | об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальная программа), в том числе о сроках ожидания медицинской помощи; |  | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 2.2.3. | о видах оказываемой медицинской помощи; |  | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 2.2.4. | о критериях доступности и качества медицинской помощи; |  | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 2.2.5. | о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов  |  | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 2.2.6. | о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой  |  | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 2.3. | Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях |  | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 2.4. Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации: |
| 2.4.1. | о режиме работы медицинской организации; |  | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 2.4.2. | об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи; |  | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 2.4.3. | о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации; |  | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 2.4.4. | о критериях доступности и качества медицинской помощи; |  | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 2.4.5. | о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов; |  | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 2.4.6. | о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой  |  | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи |
| 3.1. | Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии медицинскими работниками (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц). | 10 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
|  |  |
| 3.2. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций\консилиумов с применением телемедицинских технологий: |
| 3.2.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | 10 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.2.2. | приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 30 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.2.3. | приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 40 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.2.4. | приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 90 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 3.2.5. | приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 300 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 3.2.6. | рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций\консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций; |  |  |
| 3.3. Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями стандартами медицинской помощи мероприятий: |
| 3.3.1. | приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее рискпрогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях). |  |  |
| 3.4. | Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях). | 50 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.5. | Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение тридцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова. | 30 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.6. | Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица. | 80 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 3.7. | Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре. | 70 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 3.8. | Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильнаягоспитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям. | 60 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.9. | Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.  |  |  |
| 3.10. | Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию оказания медицинской помощи.  | 30 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.11 | Невыполнение по вине медицинской организациипатологоанатомическоговскрытия в соответствии с действующим законодательством.  |  |  |
| 3.12. | Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи. | 90 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| Раздел 4. Дефекты оформления медицинской документации в медицинской организации |
| 4.1. | Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 4.2. | Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи. | 10 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 4.3. | Отсутствие в документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях. | 10 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 4.4. | Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятий, клинической картине заболевания).  | 50 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 4.5. | Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.) | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 4.6. | Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе: |
| 4.6.1. | Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы. | Оплата медицинской помощи осуществляется с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| 4.6.2. | Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования\*  |
| Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов. |
| 5.1. Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе: |
| 5.1.1. | наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.1.2. | сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.1.3. | наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.1.4. | некорректное заполнение полей реестра счетов; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.1.5. | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку); | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.1.6. | дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.2. Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе: |
| 5.2.1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.2.2. | введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.); | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.2.3. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.2.4. | наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.2.5. | включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.3. Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС, в том числе: |
| 5.3.1. | Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.3.2. | Предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Челябинской области | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.3.3. | Включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования). | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.4. Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь, в том числе: |
| 5.4.1. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.4.2. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.5. Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе: |
| 5.5.1. | Включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.5.2. | Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.5.3. | Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов). | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.6. | Включение в реестр счетов страховых случаев , при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.7. Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе: |
| 5.7.1. | Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее); | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.7.2. | Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.7.3. | Стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.7.4. | Стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.7.5. | Включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара, дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, дневного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях);-дней лечения застрахованного лица в условиях дневного стационара в период пребывания пациента в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях). | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.7.6. | Включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.8. | Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |

\* Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества рассчитывается:

1. при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях от базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

1.1. для медицинских организаций Челябинской области (за исключением медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО), подведомственных ФМБА) – 2 530,28 рублей на год;

1.2. для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО), подведомственных ФМБА:

- «Клиническая больница № 71 ФМБА» г.Озерск, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» г.Снежинск- 2 770,72 рублей на год;

- ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» г.Трехгорный – 2 610,43 рублей на год,

установленного на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля,

2. при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации от базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации:

2.1. для медицинских организаций Челябинской области (за исключением медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО), подведомственных ФМБА) - 828,62 рублей на год;

2.2. для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО), подведомственных ФМБА:

- «Клиническая больница № 71 ФМБА» г.Озерск, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» г.Снежинск- 907,35 рублей на год;

- ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» г.Трехгорный - 854,86 рублей на год,

установленного на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля,

3. при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара от подушевого норматива финансирования, установленного в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля.

**Раздел V. Заключительные положения**

**Глава 1. Порядок внесения изменений в Тарифное соглашение**

1.1. Все изменения, вносимые в Тарифное соглашение, тарифы на оплату медицинской помощи, оформляются Дополнительным соглашением к Тарифному соглашению и являются неотъемлемой частью Тарифного соглашения.

1.2. Тарифы на оплату медицинской помощи могут пересматриваться Комиссией в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

**Глава 2. Срок действия Тарифного соглашения**

2.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2021
и распространяет свое действие на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

2.2. Со дня вступления в силу настоящего Тарифного соглашения утрачивают силу Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2019 № 822-ОМС, Дополнительное соглашение от 31.01.2020 № 1/822-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2019 № 822-ОМС, Дополнительное соглашение от 20.02.2020 № 2/822-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2019 № 822-ОМС, Дополнительное соглашение 04.03.2030 № 3/822-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2019 № 822-ОМС, Дополнительное соглашение от 17.03.2020 № 4/822-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2019 № 822-ОМС, Дополнительное соглашение от 27.03.2020 № 5/822-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2019 № 822-ОМС, Дополнительное соглашение от 21.04.2020 № 6/822-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2019 № 822-ОМС, Дополнительное соглашение от 19.05.2020 № 7/822-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2019 № 822-ОМС, Дополнительное соглашение от 16.06.2020 № 8/822-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2019 № 822-ОМС, Дополнительное соглашение от 17.07.2020 № 9/822-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2019 № 822-ОМС, Дополнительное соглашение от 18.08.2020 № 10/822-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2019 № 822-ОМС, Дополнительное соглашение от 30.09.2020 № 11/822-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2019 № 822-ОМС, Дополнительное соглашение от 20.10.2020 № 12/822-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2019 № 822-ОМС, Дополнительное соглашение от 19.11.2020 № 13/822-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2019 № 822-ОМС, Дополнительное соглашение от 21.12.2020 № 14/822-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2019 № 822-ОМС.