

**Тарифное соглашение
в сфере обязательного медицинского страхования
Челябинской области № 194 - ОМС**

30 декабря 2021 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» в лице Коноваленко Яны Александровны, Полномочного представителя Всероссийского союза страховщиков по медицинскому страхованию в Челябинской области,

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:

- исполняющего обязанности председателя Рыбаева Дениса Петровича,

- 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 28.12.2021 № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 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 упаковок 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 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – приказ Минздрава РФ от 27.04.2021 № 404н), 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), от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» (далее – приказ Минздрава РФ от 19.03.2021 № 231н), от 01.07.2021 № 698н «Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке» (далее – приказ Минздрава РФ от 01.07.2021 № 698н),

- постановлением Правительства Челябинской области от 29.12.2021 № 720-П «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (далее – территориальная программа),

- приказами Министерства здравоохранения Челябинской области от 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 25.05.2021 № 657 «О порядке проведения диагностических исследований больным на позитронно-эмиссионном томографе, совмещенном с компьютерным томографом, в Челябинской области» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 25.05.2021 № 657), от 04.12.2020 № 2206 «О совершенствовании пренатальной дородовой диагностики на территории Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 04.12.2020 № 2206), 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 30.12.2020 № 2486 «О совершенствовании работы консультативно-диагностических центров Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 30.12.2020 № 2486), 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 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), от 08.12.2020 № 2222 «О совершенствовании пренатальной дородовой диагностики в профилактике наследственных, врожденных заболеваний у детей и мерах по снижению рождения детей с врожденными и наследственными заболеваниями на территории Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от

08.12.2020 № 2222), от 13.05.2021 № 606 «Об организации деятельности специализированных мобильных медицинских бригад для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «офтальмология» населению муниципальных образований Челябинской области» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 13.05.2021 № 606), от 15.03.2021 № 349 «О порядке проведения диагностических исследований больным на позитронно-эмиссионном томографе, совмещенном с компьютерным томографом, гамма – камере (при необходимости однофотонном эмиссионном компьютерном томографе), однофотонном эмиссионном компьютерном томографе, совмещенным с компьютерным томографом (ОФЭКТ/КТ) Челябинской области» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 15.03.2021 № 349),

- 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 26.02.2021 № 280/172 «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»,

- проектом методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (версия 3.8) (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 финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, с учетом коэффициента приведения.

- **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** - тариф:

1) в рамках базовой программы ОМС на оплату:

- 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 А16.23.034.013 «Локальная эндоваскулярная трансартериальная тромбэкстракция»

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 дополнение к базовой программе 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-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.

- **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.

- **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.

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** - в амбулаторных условиях - 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.

- **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.

4. 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, а также ее финансового обеспечения, в соответствии с порядком, установленным Правилами ОМС, 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;

- объемов медицинской помощи, установленных в дополнение к базовой программе 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, а также ее финансового обеспечения, в соответствии с порядком, установленным Правилами ОМС, 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, договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, 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 4.13 главы 4 раздела II.

Из средств межбюджетных трансфертов Челябинской области не подлежит оплате медицинская помощь, установленная в дополнение к базовой программе ОМС, оказанная лицам, застрахованным в иных субъектах Российской Федерации.

6. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в сфере ОМС Челябинской области в рамках Базовой программ ОМС, в разрезе условий предоставления медицинской помощи и способов ее оплаты установлен Приложением 1 к Тарифному соглашению.

7. Оплата медицинской помощи осуществляется по тарифам и способам оплаты медицинской помощи, действующим на дату завершения случая оказания медицинской помощи.

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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

а) медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС;

б) медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц; по видам медицинской помощи, не включенным в подушевой норматив финансирования;

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

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

д) углубленной диспансеризации.

- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации (используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами с учетом критериев соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу при оплате медицинской помощи, установленной в дополнение к базовой программе 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 обращение (законченный случай) при оплате медицинской помощи, оказанной по решениям врачебной комиссии в амбулаторных условиях в дополнение к базовой программе ОМС;

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

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний);

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 7/3 к Тарифному соглашению;

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

3) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях в дополнение к базовой программе ОМС:

- за законченный случай лечения заболевания, за прерванный случай госпитализации при оплате медицинской помощи, оказанной ВИЧ-инфицированным больным (за исключением специфической противовирусной терапии) в специализированном инфекционном отделении Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; по профилю медицинской помощи

«онкология» в специализированном отделении Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»; пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография) по профилям медицинской помощи «кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия»; высокотехнологичной медицинской помощи 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 единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу при оплате медицинской помощи в части проведения прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований) при заборе материала в стационарных условиях для исследования последствий в родильных отделениях.

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

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

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 7/4 к Тарифному соглашению.

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

- по подушевому нормативу финансирования;

- за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан

полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации) включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели установленного объема профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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 условиях застрахованным 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; медицинской помощи, оказанной с применением телемедицинских технологий);

- профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации), оказанных застрахованным лицам, в том числе выездными специализированными бригадами медицинской организации;

- 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 стоматологической медицинской помощи;
- оплату медицинской помощи, оказываемой Центрами здоровья;

- оплату медицинской помощи, оказываемой выездными специализированными бригадами, за исключением профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации;

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

- оплату углубленной диспансеризации;

- 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, ОФЭКТ/КТ;

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

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

- финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

- оплату проведения медицинской реабилитации, оказываемой в амбулаторном отделении медицинской реабилитации;

- 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. Общий объем средств на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Челябинской области, определяется по следующей формуле:

$$ОС_{АМБ} = (Н_{О_{ПРОФ}} \times Нфз_{ПРОФ} + Н_{О_{ОЗ}} \times Нфз_{ОЗ} + Н_{О_{НЕОТЛ}} \times Нфз_{НЕОТЛ}) \times Ч_3 - ОС_{МТР}, \text{ где}$$

$ОС_{АМБ}$ - объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Челябинской области, рублей;

$Н_{О_{ПРОФ}}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, посещений;

$Н_{О_{ОЗ}}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, обращений;

$Но_{НЕОТЛ}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, посещений;

$Нфз_{ПРОФ}$ - 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;

$Нфз_{ОЗ}$ - 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;

$Нфз_{НЕОТЛ}$ - 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;

$ОС_{МТР}$ - объем 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. 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 ($ФО_{СР}^{АМБ}$), определяется по следующей формуле:

$$ФО_{СР}^{АМБ} = \frac{ОС_{АМБ}}{Чз}.$$

1.1.2.5. Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Челябинской области, рассчитывается за исключением объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, по следующей формуле:

$$ОС_{ПНФ-проф} = ОС_{АМБ} - ОС_{ФАП} - ОС_{ИССЛЕД} - ОС_{УД} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП} - ОС_{НЕОТЛ} - ОС_{ЕО}, \text{ где:}$$

$ОС_{ПНФ-проф}$ - объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации);

ОС_{ФАП} - объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей;

ОС_{ИССЛЕД} - объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

ОС_{УД} - объем средств, направляемых на оплату углубленной диспансеризации в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

ОС_{ПО} - объем 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;

ОС_{ДИСП} - объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (за исключением углубленной диспансеризации), рассчитанных по установленным тарифам на оплату медицинской помощи, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, рублей;

ОС_{НЕОТЛ} - объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

ОС_{ЕО} - объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Челябинской области лицам, 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.

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

$$ПН_{\text{БАЗ}} = \frac{ОС_{\text{ПНФ-проф}} - (ОС_{\text{ПНФ-проф}} \times Р_{\text{ез}})}{Ч_3 \times КД}, \text{ где}$$

ПН_{БАЗ} - базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рублей;

Рез - доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности в размере 5%;

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

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

$$ДП_{Н}^i = ПН_{БАЗ} \times КС_{заб}^i \times КД_{ОТ}^i \times КУ_{МО}^i \times КД^i, \text{ где:}$$

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

$КС_{заб}^i$ - коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, для i-той медицинской организации;

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 специфики оказания медицинской помощи, учитывающий наличие подразделений, расположенных в сельской местности,

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

$KУ_{МО}^i$ - коэффициент уровня i -той медицинской организации;

$KД^i$ - коэффициент дифференциации i -той медицинской организаций.

1.1.2.8. В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, к объему средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации) рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{ОС_{ПНФ-проф} - (ОС_{ПНФ-проф} \times Рез)}{\sum_i (ДП_{Н}^i \times Ч_3^i)}, \text{ где}$$

$Ч_3^i$ - численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той медицинской организации, человек.

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

$$ФДП_{Н}^i = ДП_{Н}^i \times ПК \times КС_{проф}^i, \text{ где}$$

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

$КС_{проф}^i$ - коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации), для i -той медицинской организации, рассчитанный по установленным тарифам на оплату медицинской помощи, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

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

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

$ОС_{ФАП}^i$ - объем 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:

$$T_{ФАП}^i = \frac{OC_{ФАП}^i}{12 * Ч_3^i}, \text{ где}$$

$T_{ФАП}^i$ - 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 или коэффициент специфики, 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:

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

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

$OC_{ФАПНГ}^j$ - объем 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:

$$\Phi O_{\text{АМБ}}^i = \Phi \text{ДП}_{\text{Н}}^i \times \text{Ч}_3^i + T_{\text{ФАП}}^i \times \text{Ч}_3^i, \text{ где}$$

$\Phi O_{\text{АМБ}}^i$ - размер финансового обеспечения i -той медицинской организации, имеющей прикрепленное население, рублей;

Ч_3^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. Порядок оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, учитывающих достижение целевых значений показателей.

Доля средств на осуществление стимулирующих выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, формируется в размере 5% от объема средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации).

Оценка результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат стимулирующего характера производится Комиссией по итогам работы полугодия, в месяце следующим за отчетным периодом.

При этом размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу определяется по следующей формуле:

$$\text{ОС}_{\text{ПН}} = \Phi \text{ДП}_{\text{Н}}^i \times \text{Ч}_3^i + \text{ОС}_{\text{РД}}, \text{ где:}$$

$\text{ОС}_{\text{ПН}}$ - финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей;

$\text{ОС}_{\text{РД}}$ - объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей.

Показатели результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, установлены приложением 14 к Тарифному соглашению.

1.1.6. Оплата амбулаторной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, оказанной медицинскими организациями, имеющими прикрепившихся лиц, 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 при стабильном течении заболевания, по поводу которого организовано диспансерное наблюдение и давности ранее проведенного очного приема медицинским работником не более 6 месяцев).

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 лицам, застрахованным за пределами Челябинской области, осуществляются по тарифам, установленным приложениями 11, 12 к Тарифному соглашению.

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 приложениях 1, 2 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;
- посещение в связи с выдачей справок и иных документов и другие причины.

3) за комплексное посещение, включающее исследования и иные медицинские вмешательства, проводимые в рамках I этапа углубленной диспансеризации взрослого застрахованного населения:

- измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое,
- проведение спирометрии или спирографии,
- общий (клинический) анализ крови развернутый,
- биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови),

4) за медицинскую услугу при проведении:

- медицинских услуг в рамках I этапа углубленной диспансеризации взрослого застрахованного населения (проведение теста с 6-минутной ходьбой, определение концентрации Д-димера в крови); II этапа углубленной диспансеризации взрослого застрахованного населения (проведение эхокардиографии, компьютерной томографии легких, дуплексного сканирования вен нижних конечностей);

- компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических

диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- диагностических исследований на ПЭТ/КТ, ОФЭКТ, ОФЭКТ/КТ;

- диагностических (лабораторных) исследований в ЦАОП;

- услуг, оказываемых межрайонными отделениями пренатальной диагностики с 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;

- диализа.

1.2.2. 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.

1.2.3. 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 прикрепившихся лиц; лицам, застрахованным по ОМС за пределами субъекта РФ).

1.2.4. 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.

1.2.5. 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.

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

1.2.7. Оплата амбулаторной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, оказанной медицинскими организациями, не имеющими прикрепившихся лиц, 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 за:

- 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 при стабильном течении заболевания, по поводу которого организовано диспансерное наблюдение и давности ранее проведенного очного приема медицинским работником не более 6 месяцев).

1.2.8. Оплата углубленной диспансеризации взрослого застрахованного населения, проводимой в соответствии с приказами Минздрава РФ от 01.07.2021 № 698н, Минздрава Челябинской области гражданам в возрасте 18 лет и старше, переболевшим новой коронавирусной инфекцией COVID-19, а также по инициативе граждан, в отношении которых отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией COVID-19, осуществляется по тарифам на оплату комплексного посещения, медицинских услуг, установленных таблицей 3 приложения 11.

Оплата рентгенографии органов грудной клетки, приема (осмотра) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики), фельдшером включена в подушевой норматив финансирования и дополнительно за единицу объема оплате не подлежит.

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

1.2.10. 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 Государственного

бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной клинический терапевтический госпиталь для ветеранов войн», Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «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.

1.2.11. 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,

- 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».

1.2.12. Медицинская реабилитация (третий этап), оказанная в амбулаторном отделении медицинской реабилитации в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации, утвержденными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации взрослых», 23.10.2019 № 878н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации детей», подлежит оплате за комплексное посещение, включающее набор необходимых консультаций специалистов, проведение методов реабилитации, определенных индивидуальными программами реабилитации.

1.2.13. Пациентам в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте 18 лет первичная специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях, может быть оказана в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям по профилю «детская онкология», в случаях и при соблюдении условий, установленных порядком оказания медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

1.2.14. 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.

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

1.2.15.1. Оплата плановой первичной специализированной медико-санитарной помощи с лечебно-диагностической целью, оказанной застрахованному населению муниципальных образований Челябинской области выездными специализированными бригадами медицинских организаций, организованными в соответствии с приказами Минздрава Челябинской области от 17.08.2017 № 1528, от 13.05.2021 № 606, осуществляется в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, по установленным тарифам на оплату медицинской помощи в соответствии с приложением 9/3 к Тарифному соглашению.

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации), оказанных выездными специализированными бригадами медицинской организации, не имеющей прикрепившихся лиц, осуществляется на основании заключенных между медицинскими организациями договоров без выставления счетов и реестра счетов в СМО.

1.2.15.2. 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.

1.2.15.3. 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.

1.2.16. Оплата медицинской помощи в приемных отделениях круглосуточных стационаров

1.2.16.1. 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, единицей объема оказанной услуги является посещение.

1.2.16.2. 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.

1.2.16.3. 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.

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

1.2.17. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному населению за медицинскую услугу

1.2.17.1. Оплата отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)) осуществляется по тарифам на оплату медицинских услуг в соответствии с таблицей 1 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

1.2.17.2. Оплате подлежат отдельные диагностические (лабораторные) 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.

1.2.17.3. Формирование реестров счетов на оплату отдельных диагностических (лабораторных) 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.

1.2.17.4. Оплата диагностических исследований, проводимых медицинскими организациями в соответствии с приказами Минздрава Челябинской области от 25.05.2021 № 657, от 15.03.2021 № 349, на ПЭТ/КТ, ОФЭКТ, ОФЭКТ/КТ, 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.

1.2.17.5. 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.

1.2.17.6. 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.

1.2.17.7. Оплата медицинских услуг, оказанных в дополнение к базовой программе 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, осуществляется в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, по тарифам на оплату медицинских услуг в соответствии с таблицей 2 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

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

1.2.18.1. 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:

$$\text{ФО}_{\text{ФАКТ}} = \sum (\text{О}_{\text{МП}} \times \text{T}), \text{ где}$$

$\text{ФО}_{\text{ФАКТ}}$ - фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

$\text{О}_{\text{МП}}$ - фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, обращений (посещений, услуг);

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

1.2.18.2. Обращения, сформированные из двух и более посещений оплачиваются по тарифам на оплату медицинской помощи за обращение, установленным приложениями 9/1, 9/2, 9/5, 9/6 к Тарифному соглашению.

1.2.19. Оплата медицинской помощи с применением методов диализа

1.2.19.1. 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 (Сд) в амбулаторных условиях определяется по следующей формуле:

$$\text{Сд} = (\text{Tдi} \times \text{Чуслуг fi}) + (\text{T}_i^{\text{доп}} \times \text{Чуслуг fi}), \text{ где}$$

Tдi - тариф на оплату услуг диализа;

Чуслуг fi - количество фактически выполненных услуг диализа.

Тариф на оплату услуг диализа (приложение 15 к Тарифному соглашению) определяется по следующей формуле:

$$\text{Tдi} = \text{БТгд} (\text{БТпд}) \times \text{КЗд} \times (\text{КД} \times \text{Дзп} + (1 - \text{Дзп})), \text{ где}$$

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 затроемкости услуг диализа, применяемый к базовому тарифу на оплату диализа, установлен приложением 15 к Тарифному соглашению;

КД - коэффициент дифференциации установлен в размере 1,113;

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

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

$$T_i^{\text{доп}} = \frac{\Phi O_i^{\text{дост}} - \sum_{n=1}^n \Phi O_i^{\text{дост}}_{\text{ф}}}{\text{Ч}_{\text{услуг}} - \sum_{n=1}^n \text{Ч}_{\text{услуг}}_{\text{ф}}}, \text{ где}$$

$\Phi O_i^{\text{дост}}$ - сумма финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2022 год, установленная для i -ой медицинской организации;

$\Phi O_i^{\text{дост}}_{\text{ф}}$ - 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;

$\text{Ч}_{\text{услуг}}$ - количество медицинских услуг гемодиализа в амбулаторных условиях, установленных Комиссией на 2022 год;

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

1.2.19.2. 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.

1.2.19.3. 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).

1.2.19.4. Оплата проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, установленная в дополнение к базовой программе ОМС, производится по дополнительному тарифу на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, 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 2022 год (приложение 18/1 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.

1.2.20. Оплата стоматологической медицинской помощи

1.2.20.1. Оплата стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказанной взрослому и детскому застрахованному населению, 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 таблицами 1, 2 приложения 10 к Тарифному соглашению. Количество УЕТ оказанных медицинских услуг в посещении формируется в соответствии с таблицей 1 приложения 6 к Тарифному соглашению.

1.2.20.2. 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.

1.2.20.3. Оплата стоматологической медицинской помощи, оказанной в дополнение к базовой программе ОМС, медицинскими организациями в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 24.12.2020 № 2382 «Об организации отбора и направления на льготное зубопротезирование отдельных категорий граждан» (далее – стоматологическая помощь, установленная в дополнение к базовой программе ОМС), осуществляется в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, в рамках утвержденных бюджетных ассигнований за законченный случай лечения заболевания по коду МКБ-10 K08.1 «Потеря зубов вследствие

несчастливого случая, удаления или локальной периодонтальной болезни» с кратностью от 2-х посещений.

1.2.20.3.1. Стоимость 1 УЕТ установлена таблицей 3 приложения 10 к Тарифному соглашению. Количество УЕТ оказанных медицинских услуг в обращении формируется в соответствии с таблицей 2 приложения 6 к Тарифному соглашению.

1.2.20.4. 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.

Глава 2. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

2.1. Основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ.

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

Особенности формирования и порядок оплаты отдельных КСГ устанавливаются и реализуются в соответствии с Приложением 11 к Методическим рекомендациям.

2.1.2. Стоимость законченного случая лечения в круглосуточном стационаре по КСГ (СС_{КС}).

2.1.2.1. Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (СС_{КС}) по КСГ (за исключением случаев, порядок оплаты которых установлен пунктом 2.1.2.2) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КС} = БС_{КС} \times КД \times (КЗ_{КС} \times КС_{КС} \times КУС_{МО} + КСЛП), \text{ где:}$$

$БС_{КС}$ - базовая ставка без учета коэффициента дифференциации, рублей;

$КЗ_{КС}$ - коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации в стационарных условиях;

$КС_{КС}$ - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

$КУС_{МО}$ - коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

$КД$ - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462;

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

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

$$\text{КСЛП}_{\text{сумм}} = \text{КСЛП}_1 + \text{КСЛП}_2 + \text{КСЛП}_n.$$

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных Приложением 8 к Тарифному соглашению, значение параметра КСЛП при расчете стоимости случая лечения принимается равным 0.

2.1.2.2. Расчет стоимости случаев госпитализации в круглосуточном стационаре по КСГ, составляющих исключение из порядка расчета стоимости, установленного п. 2.1.2.1.

1) Стоимость случая госпитализации в круглосуточном стационаре по КСГ (ССкс) с оказанием пациентам услуг диализа определяется по следующей формуле:

$$\text{СС}_{\text{КС}} = \text{БС}_{\text{КС}} \times \text{КД} \times (\text{КЗ}_{\text{КС}} \times \text{КС}_{\text{КС}} \times \text{КУС}_{\text{мо}} + \text{КСЛП}) + (\text{Тд}_i \times \text{Чу}_{\text{слуг фи}}), \text{ где:}$$

Тд_i - тариф на оплату услуг диализа;

Чу_{слуг фи} - количество фактически выполненных услуг диализа.

Тариф на оплату услуг диализа (приложение 15 к Тарифному соглашению) определяется по следующей формуле:

$$\text{Тд}_i = \text{БТ}_{\text{Гд}} \times \text{КЗ}_{\text{д}} \times (\text{КД} \times \text{Дзп} + (1 - \text{Дзп})), \text{ где}$$

БТ_{Гд} - базовый тариф на оплату гемодиализа по коду услуги А18.05.002 «Гемодиализ»;

КЗ_д - коэффициент относительной затроемкости услуг диализа, применяемый к базовому тарифу на оплату гемодиализа, установлен приложением 15 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) Стоимость случая госпитализации 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 Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной центр реабилитации», Общества с ограниченной ответственностью «Санаторий «Карагайский бор»;

- «сердечно-сосудистая хирургия» по КСГ st25.012.1 «Операции на сосудах (уровень 5)» с применением кода услуги А16.23.034.013 «Локальная эндоваскулярная трансартериальная тромбэкстракция» для Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница», Государственного автономного учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница № 3», Автономной некоммерческой организации «Центральная клиническая медико-санитарная часть» определяется по следующей формуле:

$$CC_{KC} = BC_{KC} \times KD \times (KZ_{KC} \times KC_{KC} \times KUC_{MO} + KCLP) + T_{доп}, \text{ где:}$$

$T_{доп}$ - 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».

3) Стоимость одного случая госпитализации по КСГ при оказании медицинской помощи по отдельным группам заболеваний, состояний определяется по следующей формуле:

$$CC_{KC} = BC_{KC} \times KZ_{KC} \times ((1 - D_{ЗП}) + D_{ЗП} \times KC_{KC} \times KUC_{MO} \times KD) + BC_{KC} \times KD \times KCLP, \text{ где:}$$

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

4) Стоимость одного случая госпитализации по КСГ при оказании медицинской помощи по отдельным группам заболеваний, состояний в круглосуточном стационаре с оказанием услуг диализа определяется по следующей формуле:

$$CC_{KC} = BC_{KC} \times KZ_{KC} \times ((1 - D_{ЗП}) + D_{ЗП} \times KC_{KC} \times KUC_{MO} \times KD) + BC_{KC} \times KD \times KCLP + (T_{дi} \times Ч_{услуг \ \phi i})$$

2.1.3. Размер финансового обеспечения медицинской организации по КСГ рассчитывается как сумма стоимости всех случаев госпитализации по КСГ в круглосуточном стационаре:

$$FO_{MO} = \sum CC_{KC}, \text{ где}$$

FO_{MO} - размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;
 CC_{KC} - стоимость случая госпитализации по КСГ, рублей.

2.1.4. Учет 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.

2.1.5. 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.

2.2. Порядок оплаты отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ.

2.2.1. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи.

2.2.1.1. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся:

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

2.2.1.2. В случае если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ 10, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, и не соответствует критериям оплаты случая лечения по 2 КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию прерванности 2, установленным пунктом 2.2.1.1, не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ по основаниям 2-6, установленным пунктом 2.2.3, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4 пункта 2.2.1.1.

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 по основаниям 1-7 пункта 2.2.1.1) по КСГ, перечисленным в приложении 7/3 к Тарифному соглашению, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основанию 8 пункта 2.2.1.1 и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

2.2.1.3. Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям 1-6 и 8 пункта 2.2.1.1, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, 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.

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.

2.2.2. Особенности оплаты случаев проведения лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше.

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовая доза препарата (фиксированная величина или в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в приложении 8 к Методическим рекомендациям (далее – Группировщик КС), для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям 1-6 пункта 2.2.1.1.

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

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

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

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

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

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

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

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

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

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара (в том числе в случае перевода 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 относится к прерванным по установленным основаниям прерванности;

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

3. Оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не

предусматривающее выписку пациента из стационара;

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

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

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

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;

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

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

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

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

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

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

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

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

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

2.2.4. 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.

2.2.5. 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 (за исключением КСГ st19.090-st.19.102).

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.

2.2.6. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.

2.2.6.1. 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 15 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.

2.2.6.2. 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.

2.2.7. Особенности оплаты случаев лечения пациентов в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях.

Пациентам в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18 лет, первичная специализированная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе

высокотехнологичная, медицинская помощь может быть оказана в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям по профилю «детская онкология», в случаях и при соблюдении условий, которые установлены порядком оказания медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оплата указанных случаев осуществляется в соответствии со следующими правилами:

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

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

2.2.8. Особенности оплаты отдельных случаев хирургического лечения пациентов с онкологическими заболеваниями.

Отнесение случая к онкологическим хирургическим КСГ производится при комбинации диагнозов C00-C80, C97 и D00-D09 и услуг, обозначающих выполнение оперативного вмешательства.

Если больному со злокачественным новообразованием выполнялось оперативное вмешательство, не являющееся классификационным критерием для онкологических хирургических групп, то отнесение такого случая к КСГ производится по общим правилам, то есть к КСГ, формируемой по коду выполненного хирургического вмешательства.

В случае если злокачественное новообразование выявлено в результате госпитализации с целью оперативного лечения по поводу неонкологического заболевания (доброкачественное новообразование, кишечная непроходимость и др.) отнесение к КСГ и оплата осуществляются в соответствии с классификационными критериями по коду медицинской услуги без учета кода диагноза злокачественного новообразования. Данная информация в обязательном порядке отражается в реестре счетов.

2.2.9. Оплата законченных случаев лечения пациентов с применением коэффициентов сложности лечения пациента (далее – КСЛП) осуществляется в случаях и по основаниям, установленных Приложением 8 к Тарифному соглашению.

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

2.2.10.1. 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. Каждому уровню тяжести состояния соответствует отдельная КСГ st12.015-st12.018 (уровни 1-4).

Коэффициенты относительной затроемкости по КСГ st12.016-st12.018 (уровни 2-4), соответствующим случаям среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого течения заболевания, учитывают период долечивания пациента.

Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам со среднетяжелым течением коронавирусной инфекции COVID-19 с применением лекарственного препарата: левелимаб (stt2.2), олокизумаб (stt2.3), тоцилизумаб (stt2.4), сарилумаб (stt2.5), анакинра (stt2.7), ремдесивир (stt2.6), иммуноглобулин человека против COVID-19 (stt2.8), синтетическая малая интерферирующая рибонуклеиновая кислота (миРНК) (stt2.9), осуществляется по КСГ st12.016.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.2)».

Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам со среднетяжелым течением коронавирусной инфекции COVID-19 без применения вышеизложенных лекарственных препаратов (stt2.1) осуществляется по КСГ st12.016.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.1)».

2.2.10.2. 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.

2.3. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи.

2.3.1. 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) или койке реанимации и интенсивной терапии при летальном исходе.

2.3.2. 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.

2.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в дополнение к базовой программе ОМС, за счет средств межбюджетных трансфертов Челябинской области.

2.4.1. Оплата социально значимых заболеваний, вызванных вирусом иммунодефицита человека, включая инфекционные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита человека.

2.4.1.1. 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 Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации производится по тарифу на оплату медицинской помощи законченного случая лечения заболевания «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).

2.4.1.2. К прерванным случаям оказания 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, относятся случаи прерывания лечения по медицинским показаниям; перевода пациента в другую медицинскую организацию; при преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения; закончившиеся летальным исходом, а также случаи лечения, длительность которых составляет 3 дня и менее.

2.4.1.3. Оплата прерванных случаев производится в следующем размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 40% стоимости законченного случая лечения;

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

2.4.2. Оплата медицинских услуг, оказанных в дополнение к базовой программе ОМС в части проведения прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований) при заборе материала в стационарных условиях для исследования последствий в родильных отделениях, осуществляется в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, 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.

2.4.3. Оплата объемов высокотехнологичной медицинской помощи, установленных в дополнение к базовой программе ОМС.

2.4.3.1. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам Челябинской области, включенной в раздел I приложения к Программе, в рамках объемов, установленных в дополнение к базовой программе 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:

- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница им. А.П. Силаева г. Кыштым»;

- Автономная некоммерческая организация «Центральная клиническая медико-санитарная часть»;

- Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская больница № 3 г. Магнитогорск»;

- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 3 г. Миасс»;

- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная больница г. Троицк»;

- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница г. Сатка»;

- Государственное автономное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница № 3»;

- Государственное автономное учреждение здравоохранения Ордена Знак Почета «Городская клиническая больница № 8 г. Челябинск»;

- Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Челябинск»;

- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница».

2.4.3.2. Оплата объемов высокотехнологичной медицинской помощи, установленных в дополнение к базовой программе ОМС, осуществляется за законченный случай лечения заболевания в соответствии с пунктом 2.3, по тарифам на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, установленным приложением 16/2 к Тарифному соглашению.

2.4.4. Оплата стационарной специализированной медицинской помощи, оказанной в дополнение к базовой программе ОМС взрослому застрахованному населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография).

2.4.4.1. Для оплаты случаев оказания стационарной специализированной медицинской помощи взрослому застрахованному населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография) по профилям медицинской помощи «кардиология» и «сердечно-сосудистая хирургия» обязательным условием является указание комбинации классификационных критериев: кода медицинской услуги А06.10.006 «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-I45.6, 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, R00, R07.2, R07.4, T81 (за исключением T81.1, T81.3), T82.

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

- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница им. А.П. Силаева г. Кыштым»;
- Автономная некоммерческая организация «Центральная клиническая медико-санитарная часть»;
- Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская больница № 3 г. Магнитогорск»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 3 г. Миасс»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница г. Сатка»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная больница г. Троицк»;
- Государственное автономное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница № 3»;
- Общество с ограниченной ответственностью Медицинский центр «МЕДЕОР»;
- Государственное автономное учреждение здравоохранения Ордена Знак Почета «Городская клиническая больница № 8 г. Челябинск»;
- Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Челябинск»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница».

В рамках одной госпитализации в движении больного могут быть предъявлены на оплату случаи оказания медицинской помощи, финансируемые как в рамках базовой, так и в дополнение к базовой программе 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 Комиссией в дополнение к базовой программе ОМС, и койки реанимации и интенсивной терапии (при необходимости).

2.4.4.2. Оплата случаев стационарной специализированной медицинской помощи, оказанной взрослому застрахованному населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография) в дополнение к базовой программе ОМС, производится по тарифам «Сосудистой хирургии (коронарография)», «Кардиологические (коронарография)» в размере 100% стоимости законченного случая лечения, включая прерванные случаи оказания медицинской помощи.

2.4.5. Оплата специализированной медицинской помощи, оказанной по профилю «онкология» в дополнение к базовой программе ОМС.

2.4.5.1. Оплата специализированной медицинской помощи, оказанной по профилю «онкология» в дополнение к базовой программе ОМС в специализированном отделении Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной

медицины», производится в пределах утвержденных бюджетных ассигнований в соответствии с объемами предоставления медицинской помощи, утвержденными Комиссией, по тарифу на оплату законченного случая лечения заболевания «Онкологические (сверх БП ОМС)».

В рамках одной госпитализации в движении больного должна быть только одна койка по профилю «онкология», на которой была оказана медицинская помощь в соответствии с объемами, установленными Комиссией в дополнение к базовой программе ОМС за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области, и койки реанимации и интенсивной терапии (при необходимости).

2.4.5.2. К прерванным случаям оказания специализированной медицинской помощи по профилю «онкология» в дополнение к базовой программе ОМС относятся случаи прерывания лечения по медицинским показаниям; перевода пациента в другую медицинскую организацию; при преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения; закончившиеся летальным исходом, а также случаи лечения, длительность которых составляет 3 дня и менее.

2.4.5.3. Оплата прерванных случаев производится в следующем размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 40% стоимости законченного случая лечения;

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

2.4.6. 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 дневных стационаров

3.1. Основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ.

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

Особенности формирования и порядок оплаты отдельных КСГ устанавливаются и реализуются в соответствии с Приложением 11 к Методическим рекомендациям.

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.

3.1.2. Стоимость законченного случая лечения в дневном стационаре по КСГ (СС_{ДС}).

3.1.2.1. Стоимость одного случая лечения в дневном стационаре по (СС_{ДС}) КСГ (за исключением случаев, порядок оплаты которых установлен пунктом 3.1.2.2) определяется по следующей формуле:

$$СС_{ДС} = БС_{ДС} \times КД \times (КЗ_{ДС} \times КС_{ДС}), \text{ где}$$

БС_{ДС} – базовая ставка без учета коэффициента дифференциации, рублей;

КЗ_{ДС} - коэффициент относительной затратноности по КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай лечения в условиях дневных стационаров;

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.

3.1.2.2. Расчет стоимости случаев лечения в дневном стационаре по КСГ, составляющих исключение из порядка расчета стоимости, установленного п. 3.1.2.1:

1) Стоимость случая лечения в дневных стационарах по КСГ (Сд) при оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях дневного стационара, определяется по формуле:

$$Сд = (Тдi \times Чуслуг \text{ фi}) + (Тi^{доп} \times Чуслуг \text{ фi}), \text{ где}$$

Тдi - тариф на оплату услуг диализа;

Чуслуг фi - количество фактически выполненных услуг диализа.

Тариф на оплату услуг диализа (приложение 15 к Тарифному соглашению) определяется по следующей формуле:

$$Тдi = БТгд \times КЗд \times (КД \times Дзп + (1 - Дзп)), \text{ где}$$

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

КЗд - коэффициент относительной затратноности услуг диализа, применяемый к базовому тарифу на оплату диализа, установлен приложением 15 к Тарифному соглашению;

КД - коэффициент дифференциации установлен в размере 1,113;

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

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

$$T_i^{\text{доп}} = \frac{\Phi O_i^{\text{дост}} - \sum_{n=1}^n \Phi O_i^{\text{дост}}_{\text{ф}}}{\text{Ч}_{\text{услуг}} - \sum_{n=1}^n \text{Ч}_{\text{услуг}}_{\text{ф}}}, \text{ где}$$

$\Phi O_i^{\text{дост}}$ - сумма финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2022 год, установленная для i -ой медицинской организации;

$\Phi O_i^{\text{дост}}_{\text{ф}}$ - 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;

$\text{Ч}_{\text{услуг}}$ - количество медицинских услуг гемодиализа в дневных стационарах, установленных Комиссией на 2022 год для i -ой медицинской организации;

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

2) Стоимость случая лечения в условиях дневных стационаров по КСГ (ССдс) при оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа и при необходимости в сочетании с оплатой по КСГ, определяется по следующей формуле:

$$\text{СС}_{\text{дс}} = \text{БС}_{\text{дс}} \times \text{КД} \times (\text{КЗ}_{\text{дс}} \times \text{КС}_{\text{дс}}) + (\text{Тд}_i \times \text{Ч}_{\text{услуг}}_{\text{ф}i}) + (\text{T}_i^{\text{доп}} \times \text{Ч}_{\text{услуг}}_{\text{ф}i}) -$$

3) Стоимость одного случая лечения по КСГ при оказании медицинской помощи по отдельным группам заболеваний, состояний определяется по следующей формуле:

$$\text{СС}_{\text{дс}} = \text{БС}_{\text{дс}} \times \text{КЗ}_{\text{дс}} \times \left((1 - \text{Д}_{\text{зп}}) + \text{Д}_{\text{зп}} \times \text{КС}_{\text{дс}} \times \text{КД} \right), \text{ где:}$$

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

4) Стоимость одного случая лечения по КСГ при оказании медицинской помощи по отдельным группам заболеваний с оказанием услуг диализа определяется по следующей формуле:

$$\text{СС}_{\text{дс}} = \text{БС}_{\text{дс}} \times \text{КЗ}_{\text{дс}} \times \left((1 - \text{Д}_{\text{зп}}) + \text{Д}_{\text{зп}} \times \text{КС}_{\text{дс}} \times \text{КД} \right) + (\text{Тд}_i \times \text{Ч}_{\text{услуг}}_{\text{ф}i}) + (\text{T}_i^{\text{доп}} \times \text{Ч}_{\text{услуг}}_{\text{ф}i})$$

3.1.3. При оплате случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации и коэффициент сложности лечения пациента не применяется.

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

$$\text{ФОмо} = \sum \text{СС}_{\text{дс}}, \text{ где}$$

ФОмо - размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;
ССдс - стоимость случая лечения по КСГ, рублей.

3.2. Порядок оплаты отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ.

3.2.1. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи.

3.2.1.1. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся:

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

3.2.1.2. В случае если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ 10, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, и не соответствует критериям оплаты случая лечения по 2 КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию прерванности 2 пункта 3.2.1.1, не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ по основаниям 2-4, установленным пунктом 3.2.5, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4 пункта 3.2.1.1.

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 по основаниям 1-7 пункта 3.2.1.1) по КСГ, перечисленным в приложении 7/4 к Тарифному соглашению, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основанию 8 пункта 3.2.1.1 и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

3.2.1.3. Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям 1-6 и 8 пункта 3.2.1.1, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия 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.

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.

3.2.2. Особенности оплаты случаев с проведением лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше.

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовая доза препарата (фиксированная величина или в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в приложении 9 к Методическим рекомендациям (далее – Группировщик ДС), для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям 1-6 пункта 3.2.1.1.

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

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

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

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

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

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

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

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

3.2.3. Особенности оплаты случаев лечения пациентов в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях.

Пациентам в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18 лет, медицинская помощь в условиях дневных стационарах может быть оказана в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям по профилю «детская онкология», в случаях и при соблюдении условий, которые установлены порядком оказания медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оплата указанных случаев осуществляется в соответствии со следующими правилами:

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

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

3.2.4. Особенности оплаты отдельных случаев хирургического лечения пациентов с онкологическими заболеваниями.

Отнесение случая к онкологическим хирургическим КСГ производится при комбинации диагнозов С00-С80, С97 и D00-D09 и услуг, обозначающих выполнение оперативного вмешательства.

Если больному со злокачественным новообразованием выполнялось оперативное вмешательство, не являющееся классификационным критерием для онкологических хирургических групп, то отнесение такого случая к КСГ производится по общим правилам, то есть к КСГ, формируемой по коду выполненного хирургического вмешательства.

В случае если злокачественное новообразование выявлено в результате госпитализации с целью оперативного лечения по поводу неонкологического заболевания (доброкачественное новообразование, кишечная непроходимость и др.) отнесение к КСГ и оплата осуществляются в соответствии с классификационными критериями по коду медицинской услуги без учета кода диагноза злокачественного новообразования. Данная информация в обязательном порядке отражается в реестре счетов.

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

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках дневного стационара (в том числе в случае перевода 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 относится к прерванным по установленным основаниям прерванности;

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

3. Оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

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

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

3.2.6. 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.

3.2.7. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.

3.2.7.1. 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 15 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.

3.2.7.2. 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.

3.2.7.3. 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.

3.2.7.4. Порядок направления пациентов, нуждающихся в заместительной почечной терапии, на лечение в отделение (центр) диализа определяется органами исполнительной власти Челябинской области в пределах их компетенции.

3.2.7.5. 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).

3.3. Оплата проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии в дополнение к базовой программе ОМС.

3.3.1. 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 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 дополнение к базовой программе ОМС, 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 2022 год (приложение 18/1 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 с оплатой за вызов скорой медицинской помощи при:

- остром коронарном синдроме с проведением тромболитической терапии (далее – ТЛТ);
- оказании медицинской помощи в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 09.09.2016 № 1517.

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 в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 09.09.2016 № 1517;
- вызовов скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС.

4.3. Размер средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, определяется по следующей формуле:

$$ОС_{СМП} = (Н_{ОСМП} \times Н_{ФзСМП}) \times Чз - ОС_{МТР}, \text{ где}$$

$OC_{СМП}$ - объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, рублей;

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

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

$OC_{МТР}$ - объем 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. 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 ($\Phi O_{СР}^{СМП}$), определяется по следующей формуле:

$$\Phi O_{СР}^{СМП} = \frac{OC_{СМП}}{Чз}$$

4.5. Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, по следующей формуле:

$$Пн_{БАЗ} = \frac{OC_{СМП} - OC_{В}}{Чз \times КД}, \text{ где}$$

$Пн_{БАЗ}$ - базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рублей;

$OC_{В}$ - размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации застрахованным лицам в Челябинской области за вызов, рублей.

$КД$ - единый 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 базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской

помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи по следующей формуле:

$$ДПн^i = ПН_{БАЗ} \times КС_{СМП}^i \times КД^i, \text{ где:}$$

ДПнⁱ - дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, для i-той медицинской организации, рублей;

КСⁱ_{СМП} - коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи i-той медицинской организации;

КДⁱ - коэффициент дифференциации i-той медицинской организации.

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

$$КС_{СМП}^i = КД_{ПВ} \times КУ_{МО} \times КД_{ПН}, \text{ где}$$

КД_{ПВ} - 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;

КУ_{МО} - коэффициент дифференциации, учитывающий уровень медицинской организации;

КД_{ПН} - коэффициент дифференциации, учитывающий транспортную доступность.

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:

$$\text{ПК} = \frac{\text{ПН}_{\text{БАЗ}} \times \text{Ч}_3 \times \text{КД}}{\sum_i (\text{ДПН}^i \times \text{Ч}_3^i)}, \text{ где}$$

Ч_3^i - численность застрахованных лиц, обслуживаемых i -той медицинской организацией, человек.

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

$$\text{ФДПН}^i = \text{ДПН}^i \times \text{ПК}, \text{ где}$$

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

4.10. 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:

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

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

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

4.11. 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.

4.12. Оплата медицинской помощи, оказанной выездными бригадами скорой медицинской помощи в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области

от 09.09.2016 № 1517, в т.ч. при осуществлении медицинской эвакуации в профильные медицинские организации, которые оказывают медицинскую помощь в сфере ОМС, производится по тарифам за вызов выездной бригады медицинским организациям, указанным в приложении 1 к Тарифному соглашению.

4.13. 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.

4.14. 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 4.11, 4.12.

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

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 дистанционных консультаций в амбулаторных условиях, оказанных с применением телемедицинских технологий в режиме реального времени 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 9/6 к Тарифному соглашению.

1.1.7. 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.

Тарифы на оплату медицинских услуг, оказанных в дополнение к базовой программе 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 таблицей 1 приложения 9/8 к Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату медицинских услуг, оказанных взрослому застрахованному населению в центрах амбулаторной онкологической помощи, установлены таблицей 2 приложения 9/8 к Тарифному соглашению.

1.1.9. Тарифы на оплату стоматологических услуг (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанных взрослому и детскому застрахованному населению, установлены таблицей 1 приложения 10 к Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату неотложной стоматологической медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому и детскому застрахованному населению, установлены таблицей 2 приложения 10 к Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной по решениям врачебной комиссии в амбулаторных условиях в дополнение к базовой программе ОМС, установлены таблицей 3 приложения 10 к Тарифному соглашению.

1.1.10. Тарифы на оплату комплексного посещения диспансеризации взрослого и детского застрахованного населения, применяемые при межучрежденческих, межтерриториальных расчетах, установлены таблицей 1 приложения 11 к Тарифному соглашению.

Тарифы осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках II этапа диспансеризации взрослого застрахованного населения, применяемые при межучрежденческих, межтерриториальных расчетах, установлены таблицей 2 приложения 11 к Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату комплексного посещения, медицинских услуг, проводимых в рамках углубленной диспансеризации взрослого застрахованного населения установлены таблицей 3 приложения 11 к Тарифному соглашению.

1.1.11. Тарифы на оплату комплексного посещения профилактических медицинских осмотров взрослого и детского застрахованного населения, применяемые при межучрежденческих, межтерриториальных расчетах, установлены таблицей 1 приложения 12 к Тарифному соглашению.

Тарифы осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках I этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, применяемые при межучрежденческих, межтерриториальных расчетах, установлены таблицей 2 приложения 12 к Тарифному соглашению.

1.1.12. Базовый норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, при оплате:

1.1.12.1. посещений с профилактическими и иными целями установлен в размере 756,60 рублей, в том числе:

- комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров установлен в размере 2 243,70 рублей;

- комплексных посещений для проведения диспансеризации установлен в размере 2 774,20 рублей;

- посещений с иными целями установлен в размере 366,20 рублей;

1.1.12.2. обращений в связи с заболеваниями установлен в размере 1 780,60 рублей, в том числе:

- медицинской реабилитации установлен в размере 20 521,90 рублей;

- компьютерной томографии установлен в размере 2 829,20 рублей;

- магнитно-резонансной томографии установлен в размере 3 979,00 рублей;

- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы установлен в размере 547,70 рублей;

- эндоскопического диагностического исследования установлен в размере 1 027,60 рублей;

- молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний установлен в размере 9 097,90 рублей;

- патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии установлен в размере 2 249,70 рублей;
- тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) установлен в размере 668,40 рублей.

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, с учетом коэффициента дифференциации установлен в размере 5 770,23 рублей на 1 застрахованное лицо в год.

Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, без учета коэффициента дифференциации установлен в размере 199,63 рублей на 1 застрахованное лицо в месяц.

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
3,188	3,337	1,958	2,037	0,980	0,986	0,929	0,545	1,604	1,604

1.2.2.2. Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, учитывающие наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала установлены приложением 5 к Тарифному соглашению.

1.2.2.3. Коэффициенты дифференциации для медицинской организации (КД¹) установлены:

1.2.2.3.1. для медицинских организаций Челябинской области (за исключением изложенных в пункте 1.2.2.3.2) в размере 1,105;

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

- Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница № 71 Федерального медико-биологического агентства», Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть № 15 Федерального медико-биологического агентства» в размере 1,21;

- Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть № 72 Федерального медико-биологического агентства» в размере 1,14.

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

1.2.3. Поправочный коэффициент, рассчитанный в соответствии с пунктом 1.1.2.8 раздела II, установлен в размере 0,929.

1.2.4. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рассчитанный с учетом коэффициентов 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 2022 год:

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

Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей - 1 210,61 тыс. рублей,

Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, входящий в структуру медицинской организации (Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница № 71 Федерального медико-биологического агентства»), расположенной на территории ЗАТО, подведомственных ФМБА - 1 316,12 тыс. рублей,

Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей - 1 917,81 тыс. рублей,

Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, более 2000 жителей - 2 153,54 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, учитывающие уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации), фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, тарифы на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов установлены приложением 13 к Тарифному соглашению.

1.2.6. Показатели результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, установлены в приложении 14 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 15 к Тарифному соглашению.

1.5. Дополнительные тарифы на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, в дополнение к базовой программе ОМС установлены приложением 18/2 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 42 184,20 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 27 419,73 рублей, без учета коэффициента дифференциации установлена в размере 24 635,88 рублей.

2.2. Коэффициент приведения установлен в размере 0,65.

2.3. Перечень КСГ, к которым применяется/ не применяется коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи, 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 групп заболеваний, состояний (КСГ) в круглосуточном стационаре с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно установлен 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 15 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 Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной центр реабилитации», Общества с ограниченной ответственностью «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 А16.23.034.013 «Локальная эндоваскулярная трансартериальная тромбэкстракция» за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области для Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница», Государственного автономного учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница № 3», Автономной некоммерческой организации «Центральная клиническая медико-санитарная часть» установлен в размере 562 500,00 рублей.

2.14. Тарифы на оплату медицинских услуг, оказанных в дополнение к базовой программе ОМС взрослому и детскому застрахованному населению установлены таблицей 2 приложения 9/7 к 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 16/1 к Тарифному соглашению.

2.16. Тариф на оплату медицинской помощи, 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, в дополнение к базовой программе 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 с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография) в дополнение к базовой программе ОМС

«Сосудистой хирургии (коронарография)», «Кардиологические (коронарография)» за законченный случай лечения заболевания установлены в размере 25 610,42 рублей.

2.18. Тариф на оплату стационарной специализированной медицинской помощи, оказанной взрослому застрахованному населению, в дополнение к базовой программе ОМС в специализированном отделении по профилю медицинской помощи «онкология» Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины» «Онкологические (сверх БП ОМС)» за законченный случай лечения заболевания установлен в размере 52 238,15 рублей.

2.19. Оплата оказанной медицинской помощи производится в размере 100%, 85%, 80%, 50%, 40% стоимости законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ согласно условий, определенных в том числе пунктом 2.2.1 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 23 192,70 рублей.

Базовая ставка в дневном стационаре без учета коэффициента дифференциации установлена в размере 13 915,63 рублей.

3.2. Коэффициент приведения установлен в размере 0,60.

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

3.4. Перечень групп заболеваний, состояний (КСГ) в дневном стационаре с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно установлен 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:

- Федеральное государственное бюджетное учреждения здравоохранения «Клиническая больница № 71 Федерального медико-биологического агентства»,

Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть № 15 Федерального медико-биологического агентства» в размере 1,21;

- Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть № 72 Федерального медико-биологического агентства» 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 15 к Тарифному соглашению.

3.10. Дополнительные тарифы на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, в дополнение к базовой программе ОМС установлены приложением 18/2 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 в том числе пунктом 3.2.1 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, с учетом коэффициента дифференциации установлен в размере 915,78 рублей на 1 застрахованное лицо в год.

4.2. Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации без учета коэффициента дифференциации установлен в размере 67,09 рублей на 1 застрахованное лицо в месяц.

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
2,491	3,078	1,859	2,124	0,702	0,741	0,766	0,662	2,088	1,862

4.4. Коэффициент дифференциации для медицинской организации (КД¹) установлены:

4.4.1. для медицинских организаций Челябинской области (за исключением изложенных в пункте 4.4.2) в размере 1,105;

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

- Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница № 71 Федерального медико-биологического агентства», Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть № 15 Федерального медико-биологического агентства» в размере 1,21;

- Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть № 72 Федерального медико-биологического агентства» в размере 1,14.

4.5. Поправочный коэффициент, рассчитанный в соответствии с пунктом 4.8 раздела II установлен в размере 1,012.

4.6. Коэффициенты специфики оказания скорой медицинской помощи, фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, установлены приложением 17/1 к Тарифному соглашению.

4.7. Базовый норматив финансовых затрат за вызов скорой медицинской помощи установлен в размере 3 210,70 рублей.

4.8. 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 скорой медицинской помощи при оказании медицинской помощи в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 09.09.2016 № 1517 застрахованному населению Челябинской области, а также населению, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации, установлены приложением 17/2 к Тарифному соглашению.

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

1. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества рассчитывается в соответствии с пунктами 154, 155 Правил ОМС.

2. Подушевой норматив финансирования для расчета размера штрафа применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества:

2.1. при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях - подушевой норматив финансирования в соответствии с территориальной программой установлен:

- комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров в размере 2 243,70 рублей;
- комплексное посещение для проведения диспансеризации в размере 2 774,20 рублей;
- посещение с иными целями в размере 366,20 рублей;
- посещение по неотложной медицинской помощи в размере 794,30 рублей;
- обращение в размере 1 780,60 рублей;

2.2. при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации - подушевой норматив финансирования в соответствии с территориальной программой установлен - 931,10 рублей;

2.3. при оказании медицинской помощи в стационарных условиях - подушевой норматив финансирования в соответствии с территориальной программой установлен - 7 016,75 рублей;

2.4. при оказании медицинской помощи в условиях дневных стационаров - подушевой норматив финансирования в соответствии с территориальной программой установлен - 1 770,57 рублей.

3. Перечень оснований для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи и значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
РАЗДЕЛ 1. НАРУШЕНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ			
1.1.	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, 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.	0	0,3
1.2.	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.	0	1
1.3.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в	1	0,3

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
	неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей.		
1.4.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
1.4.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1	0
1.4.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1	0
1.4.3.	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, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;	1	0
1.4.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1	0
1.4.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1	0

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
1.4.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты;	1	0
1.5.	Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе);	1	0
1.6.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.6.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, а также заболеваний и состояний, не входящих в программу обязательного медицинского страхования;	1	0
1.6.2.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	1	0
1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной	1	0

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
	программы обязательного медицинского страхования;		
1.6.4.	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования Российской Федерации, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности.	1	0
1.7.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:		
1.7.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	1	0
1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	1	0
1.8.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований:		

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
1.8.1.	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1	0
1.8.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	1	0
1.8.3.	предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов).	1	0
1.9.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи.	1	0
1.10.	Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:		
1.10.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1	0

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
1.10.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1	0
1.10.3.	стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1	0
1.10.4.	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию.	1	0
1.10.5.	включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме);	1	0
1.10.6.	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.	1	0
РАЗДЕЛ 2. НАРУШЕНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ			
2.1.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных	0	0,3

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
	территориальной программой обязательного медицинского страхования;		
2.2.	Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи.	1	3
2.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе:		
2.3.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	0	1
2.3.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья;	0	2
2.3.3.	приведший к летальному исходу.	0	3
2.4.	Несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения застрахованного лица, которому по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение	0	0,3
2.5.	Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения		

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
	диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, в том числе:		
2.5.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	0	1
2.5.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения);	0	2
2.5.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения).	0	3
2.6.	Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (по факту выявления, с учетом информации лицензирующих органов).	1	0
2.7.	Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее в течение четырнадцати календарных дней при оказании	1	0,3

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
	медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией).		
2.8.	Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях).	1	0,3
2.9.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы обязательного медицинского страхования.	0	1
2.10.	Приобретение пациентом или его представителем 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	0,5	0,5

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
	медицинской помощи, и/или использование медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях).		
2.11.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.	0	0,6
2.12.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин в течение 5 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда обязательного медицинского страхования, или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации.	1	0
2.13.	Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской	0,1	0

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
	Федерации случаях.		
2.14.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и/или учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы).	0,5	0
2.15.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней).	1	0
2.16.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
2.16.1.	оплаченный случай оказания медицинской помощи выше тарифа, установленного тарифным соглашением*	0,1	0,3
2.16.2.	включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.	1	1

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
2.17.	Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.	0	0,3
2.18.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования.	0	0,3
РАЗДЕЛ 3 НАРУШЕНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ			
3.1.	Установление неверного диагноза, связанное с отсутствием обоснования клинического диагноза в первичной медицинской документации или несоответствие результатов обследования клиническому диагнозу:		
3.1.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	0
3.1.2.	приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,3	0
3.1.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания;	0,4	0,3

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
3.1.4.	приведшее к инвалидизации;	0,9	1
3.1.5.	приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов);	1	3
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 по результатам проведенного диспансерного наблюдения, 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;	0,1	0
3.2.2.	приведшее 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);	0,4	0,3
3.2.3.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,9	1

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
3.2.4.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	1	3
3.2.5.	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;	0,9	1
3.2.6.	по результатам проведенного диспансерного наблюдения	0,9	1
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания.	0,5	0,6
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	0,5	0,3

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
	установленных законодательством Российской Федерации случаях).		
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 четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация).	0,3	0
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 оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1
3.7.	Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с нарушением требований к профильности оказанной медицинской помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в течение суток в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций).	1	0,3

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
3.8.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки.	1	0,3
3.9.	Необоснованное 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, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов.	1	0,3
3.10.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований в связи с несоответствием оснащения медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации)	0,9	0,5
3.11.	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	0,5	0

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
	медицинской помощи.		
3.12.	Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача.	0	0,3
3.13.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи, связанные с риском для здоровья пациента.	0,5	0,6

* В соответствии с п. 154 Правил ОМС в случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены, страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

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 01.01.2022 и распространяет свое действие на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года, за исключением пунктов в части оплаты 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 А16.23.034.013 «Локальная эндоваскулярная трансартериальная тромбэкстракция», которые действуют с 01.04.2022.

2.2. Со дня вступления в силу настоящего Тарифного соглашения утрачивают силу Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2020 № 771-ОМС, Дополнительное соглашение от 24.02.2021 № 1/771-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2020 № 771-ОМС, Дополнительное соглашение от 15.03.2021 № 2/771-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2020 № 771-ОМС, Дополнительное соглашение от 31.03.2021 № 3/771-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2020 № 771-ОМС, Дополнительное соглашение от 27.04.2021 № 4/771-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2020 № 771-ОМС, Дополнительное соглашение от 24.05.2021 № 5/771-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2020 № 771-ОМС, Дополнительное соглашение от 28.06.2021 № 6/771-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2020 № 771-ОМС, Дополнительное соглашение от 29.07.2021 № 7/771-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2020 № 771-ОМС, Дополнительное соглашение от 27.08.2021 № 8/771-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2020 № 771-ОМС,

Дополнительное соглашение от 24.09.2021 № 9/771-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2020 № 771-ОМС, Дополнительное соглашение от 27.10.2021 № 10/771-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2020 № 771-ОМС, Дополнительное соглашение от 30.11.2021 № 11/771-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2020 № 771-ОМС, Дополнительное соглашение от 22.12.2021 № 12/771-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2020 № 771-ОМС.