

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в системе обязательного медицинского страхования Калининградской
области на 2022 год

г. Калининград

30 декабря 2021 года

I. Общие положения

Настоящее соглашение заключено между органом исполнительной власти Калининградской области, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и профессиональными союзами медицинских работников (далее – Тарифное соглашение), включенными в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Тарифная комиссия) и в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями), с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (с изменениями и дополнениями), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Законом Калининградской области от 08 декабря 2021 года № 28 «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов», постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 года № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов», методическими рекомендациями – «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда ОМС (совместное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда ОМС от 30.12.2020 года № 11-7/И/2 – 20671, № 00-10-26-2-04/11-51).

Настоящее Тарифное соглашение регулирует правоотношения участников системы ОМС Калининградской области, возникающие при установлении способов оплаты медицинской помощи и их применении в рамках реализации территориальной программы ОМС, формировании тарифов, на медицинскую помощь и медицинские услуги в системе ОМС, подушевые нормативы в соответствии с приложениями к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы, установленные настоящим Тарифным соглашением, применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказываемую в соответствии с территориальной программой ОМС застрахованным на территории Калининградской области лицам, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации, по видам и условиям медицинской помощи, установленным базовой программой ОМС.

Перечень основных понятий и терминов, используемых в Тарифном соглашении

Страховой случай – совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.

Страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию – исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации.

Полис медицинского страхования (далее – полис) – документ единого образца, установленный законодательством, подтверждающий факт медицинского страхования в системе ОМС.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Случай оказания медицинской помощи – медицинская услуга или медицинские услуги, оказанные лицам, застрахованным по ОМС, в связи с наступлением страхового случая в пределах одного вида условий оказания медицинской помощи (амбулаторно, стационарно, в условиях дневного стационара всех типов, вне медицинской организации).

Единица объема медицинской помощи – отдельная медицинская услуга (включая услуги диализа) в соответствии с перечнем, утвержденным законодательством (при всех условиях оказания медицинской помощи); посещение, обращение (при оказании амбулаторной медицинской помощи), случай госпитализации (при оказании стационарной медицинской помощи), случай лечения заболевания (при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара).

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

Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Объемы медицинской помощи – объемы предоставления медицинской помощи жителям Калининградской области на ее территории и за её пределами, установленные территориальной программой ОМС.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее тарифы) – сумма возмещения расходов медицинских организаций за оказанную медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС на единицу объема медицинской помощи.

Условная единица трудоемкости (далее – УЕТ) при оказании амбулаторной стоматологической помощи – норматив времени, используемый для учета объема выполненных стоматологических услуг и равный по временным затратам длительности лечения среднего кариеса (I класс по Блэку).

Медицинские организации-фондодержатели (далее – фондодержатели) – медицинские организации (учреждения, структурные подразделения медицинских организаций, общие (семейные) врачебные практики) любой формы собственности, имеющие прикрепленное население, финансирование которых осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу.

Прикрепленное население – лица, прошедшие процедуру прикрепления к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в соответствии с законодательством и получающие медицинскую помощь в медицинской организации на постоянной основе.

Межучрежденческие взаиморасчеты (взаиморасчеты между медицинскими организациями) – удержание стоимости медицинской помощи, оказанной населению в других медицинских организациях, из общего объема подушевого финансирования медицинских организаций-фондодержателей.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи и объемов финансовых средств, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы (далее – Комиссия), по тарифам на оплату медицинской помощи в соответствии с порядком, установленным настоящим Тарифным соглашением.

II. Способы оплаты медицинской помощи

1. Общие положения при оплате медицинской помощи

1.1. Способы оплаты медицинской помощи, размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются в зависимости от условий оказания медицинской помощи, определенных частью 3 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в разрезе базовой и сверх базовой Программы ОМС:

1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

1.2. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи должны определяться дифференцированно с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций:

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

2) коэффициент для оплаты медицинской помощи медицинской организации второго уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению нескольких муниципальных образований, а так же указанной медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами;

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

1.3. При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи проводится дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи в части их размера и структуры, устанавливаемых в соответствии с пунктом 2 настоящего раздела, по группам медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций с учетом объективных критериев: вида медицинской помощи, количества фельдшерско-акушерских пунктов.

1.4. При установлении размера и структуры подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, а также подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, применяются половозрастные коэффициенты дифференциации. Для определения половозрастных коэффициентов дифференциации численность

застрахованных лиц распределяется на следующие половозрастные группы (далее – половозрастные группы):

- до года мужчины/женщины;
- 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.

Расчет подушевого норматива финансирования медицинской помощи производится на основании Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, утвержденных на соответствующий финансовый год.

1.5. Установленные настоящим Тарифным соглашением способы оплаты медицинской помощи являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС.

1.6. Формирование медицинскими организациями счетов на оплату за оказанную медицинскую помощь осуществляется с указанием полиса, действующего на момент завершения оказания медицинской помощи.

1.7. Формирование медицинскими организациями счетов на оплату за медицинскую помощь, оказанную новорожденным в период со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения, при отсутствии полиса осуществляется с указанием полиса матери (законного представителя).

1.8. Перечень медицинских организаций включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, в разрезе условий оказания медицинской помощи, а также при необходимости видов оказываемой медицинской помощи по КСГ, форм оказания медицинской помощи установлен Приложение № 2.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

2.1. Перечень основных понятий и терминов, используемых при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях в рамках базовой и сверх базовой Программы ОМС, в том числе при оказании стоматологической помощи – обращение по поводу заболевания с кратностью не менее двух посещений, в том числе первичных и повторных по поводу одного заболевания. Обращением (законченным страховым случаем оказания медицинской помощи по поводу заболевания) в амбулаторных условиях является объем выполненных лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает исход в виде выздоровления, улучшения, направления пациента на лечение в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Счет на оплату формируется в конце эпизода оказания медицинской помощи (при последнем посещении больного) с указанием исхода заболевания в соответствующих позициях счета. Средняя кратность посещений в связи с заболеванием в одном обращении составляет 2,9 посещения.

Обращением в связи с заболеванием в рамках базовой и сверх базовой Программы ОМС является оказание помощи:

- при остром заболевании от момента обращения пациента до момента окончания эпизода оказания медицинской помощи (выздоровление и др.);
- при обострении хронического заболевания (от момента обращения пациента по поводу обострения заболевания до периода достижения ремиссии, улучшения состояния, направления пациента в дневной или круглосуточный стационар);
- при осложнениях беременности, заболеваниях, осложнивших беременность, от момента выявления осложнения беременности, острого заболевания (обострения хронического заболевания), осложнившего беременность до момента выздоровления, достижения ремиссии, улучшения состояния, направления пациентки в дневной или круглосуточный стационар;
- при проведении диспансерного наблюдения пациента в течение месяца.

Результат обращения отмечается в соответствующих позициях учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (утв. приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н (с изменениями и дополнениями)).

С учетом характера заболевания в процессе оказания медицинской помощи могут применяться различные методы инструментальной и лабораторной диагностики, которые проводятся при наличии направления врача медицинской организации, в которой пациент получает первичную медицинскую помощь (прикрепленное население).

Посещения с профилактическими и иными целями в рамках базовой и сверх базовой Программы ОМС:

посещения с иными целями включают:

- посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений);
- посещения для проведения 2 этапа диспансеризации;
- разовые посещения в связи с заболеваниями;
- посещения центров амбулаторной онкологической помощи;
- комплексное посещения центров здоровья;
- посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;
- посещения в связи с выдачей справок и иных медицинских документов по результатам мероприятий, включенным в Программу ОМС;
- посещения с иными целями.

посещения с профилактическими целями включают:

- комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров, а также первичное посещение в календарном году в рамках диспансерного наблюдения;
- комплексные посещения в связи с проведением диспансеризации;
- комплексные посещения при проведении углубленной диспансеризации.

Комплексные посещения в связи с проведением профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, углубленной диспансеризации регламентируются приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации:

– от 10 сентября 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (зарегистрирован Минюстом России 18 августа 2017 г., № 47855);

– от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (зарегистрирован Минюстом России 2 апреля 2013 г., № 27964);

– от 11 апреля 2013 г. № 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» (зарегистрирован Минюстом России 21 мая 2013 г., № 28454);

– от 27 апреля 2021 года № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрирован в Минюсте России 30 июня 2021 г., г., № 64042);

– от 01 июля 2021 г. № 698н «Об утверждении порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке» (зарегистрирован в Минюсте России 07 июля 2021 г., № 64157).

Посещения в связи с оказанием неотложной помощи в рамках базовой программы ОМС – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях и иных состояниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы для жизни пациента, которая включает проведение лечебных мероприятий в соответствующем структурном подразделении медицинской организации или вне медицинской организации.

2.2. Перечень медицинских организаций-фондодержателей, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (далее – подушевой норматив) установлен Приложением № 2.1.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3. Перечень медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) установлен Приложением № 2.1.2. к настоящему Тарифному соглашению.

2.4. Основные подходы к оплате первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

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

2.4.1 по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой

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

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

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

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

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

д) углубленной диспансеризации.

2.5. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

2.5.1. В рамках сверх базовой Программы ОМС осуществляется:

– оказание первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе, связанные с употреблением психоактивных веществ;

– профилактические медицинские осмотры обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования в целях раннего (своевременного) выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ;

– оказание паллиативной медицинской помощи, включая выездные формы оказания медицинской помощи.

2.5.2. При определении общего объема финансирования медицинских организаций–фондодержателей по подушевому нормативу осуществляется его

уменьшение на размер стоимости межучережденческих взаиморасчетов и сумм, не подлежащих оплате по результатам проведения вневедомственного экспертного контроля медицинской помощи.

2.5.3. Оплата всех видов амбулаторной медицинской помощи в медицинских организациях (отделениях медицинских организаций) любой формы собственности включает в себя регламентированную законодательством оплату мобильных бригад, выездных форм деятельности, проведение консультаций с использованием телемедицинских технологий и дистанционного мониторинга основных параметров жизнедеятельности у лиц, состоящих на диспансерном наблюдении.

2.5.4. Оплата диагностических компьютерных томографических, магнитно-резонансных исследований нескольких анатомических областей с применением контрастного вещества производится исходя из набора проведенных услуг по направлению медицинской организации-фондодержателя.

При однократном введении контрастного вещества в реестр на оплату основная услуга включается как исследование с контрастированием, остальные – как услуги, проведенные без контрастирования.

2.5.5. Оплата медицинской помощи в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), любой формы собственности, не имеющих прикрепленного населения, осуществляется на основании реестров счетов по факту оказания медицинской помощи при наличии направления в пределах выделенного объема медицинской помощи и объема финансовых средств.

2.5.6. Оплата медицинской помощи в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), оказывающих стационарную медицинскую помощь, пациентам, которые впоследствии не госпитализированы, осуществляется в размере тарифа разового посещения по поводу заболевания к специалисту соответствующего профиля.

Формирование реестров на оплату указанного вида медицинской помощи осуществляется на основании учетных форм медицинской документации, предусмотренных законодательством, и содержащих информацию о полном объеме оказанной медицинской помощи (врачебные осмотры, лабораторные и инструментальные исследования, проведенные манипуляции и др.).

2.5.7. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации. Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения считаются завершенными в случае выполнения в течение года, в том числе в период, предшествующий мероприятию, не менее 85% от объема установленных медицинских услуг, включая обязательные исследования.

2.5.8. Оплата диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, осуществляется при полном выполнении перечня исследований,

предусмотренных законодательством, непосредственно во время мероприятия в размере установленного тарифа.

2.5.9. Оплата диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется в размере тарифа законченного случая проведенного мероприятия при выполнении полного перечня исследований, предусмотренных законодательством. В случае предоставления на оплату законченного случая указанных профилактических мероприятий, при которых часть исследований проведена в период, предшествовавший мероприятию, размер оплаты определяется стоимостью проведенных медицинских услуг непосредственно в период мероприятия.

2.5.10. Оплата второго этапа диспансеризации осуществляется по тарифу стоимости проведенных медицинских услуг (посещения врачей – специалистов и т.д.).

2.5.11. Оплата профилактических мероприятий, проведенных в условиях передвижного мобильного комплекса, оплачивается по тарифу с применением коэффициента, указанного в Приложении № 3.3.5 к настоящему Тарифному соглашению.

2.5.12. Оплата индивидуального или группового углубленного профилактического консультирования в рамках второго этапа диспансеризации осуществляется при его проведении в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья) для граждан в размере установленного тарифа.

2.5.13. Оплата медицинских услуг в «Центрах здоровья» производится за законченный случай комплексного обследования в соответствии с перечнем исследований, утвержденных законодательством. Комплексное обследование в «Центрах здоровья» (взрослое, детское население) проводится однократно в календарном году.

2.5.14. Оплата амбулаторной стоматологической медицинской помощи осуществляется в размере тарифа обращения (законченного страхового случая лечения с двумя и более посещениями), разового посещения по поводу заболевания, консультации, диспансерного наблюдения, стоматологического обследования в рамках мероприятий, предусмотренных законодательством.

2.5.15. Оплата обращений (посещений) по поводу стоматологических заболеваний осуществляется в разрезе групп заболеваний.

2.5.16. К обращениям (законченным страховым случаям лечения с двумя и более посещениями) при оказании стоматологической помощи относятся случаи оказания медицинской помощи, регламентированные нормативными документами и завершившиеся устранением причины заболевания или достижением стойкой ремиссии, при отсутствии необходимости повторного обращения по данному заболеванию в течение 30 дней со дня завершения лечения. Обращение складывается из первичных и повторных посещений.

2.5.17. К посещениям (разовым) с профилактическими и иными целями при оказании стоматологической помощи относятся: разовые посещения по поводу заболеваний (в том числе и законченные случаи лечения), стоматологическое обследование (профилактический осмотр), диспансерное наблюдение,

консультации, др. уточненных видов медицинской помощи. Разовые посещения по поводу заболеваний, не включенных в перечень медицинских услуг в разрезе МКБ 10 при оказании стоматологической амбулаторной помощи, оплачиваются по тарифу стоматологического обследования.

2.5.18. Медицинские услуги стоматологического обследования (профилактический осмотр), регламентированного действующими нормативными документами, предъявляются к оплате при завершеном профилактическом осмотре и не предполагают проведения лечебного процесса.

2.5.19. Оформление медицинской документации при оказании амбулаторной стоматологической медицинской помощи (медицинские карты пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях) предусматривает указание перечня выполненных стоматологических медицинских услуг с их кодировкой в соответствии с положениями нормативных документов.

3. Способы оплаты медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ)

3.1. Основные понятия и термины

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в рамках базовой и сверх базовой Программы ОМС, используются следующие основные понятия и термины:

Случай госпитализации (лечения) – случай лечения по поводу заболевания 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 обязательного медицинского страхования;

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);

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

Оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ) – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратно-емкости и поправочных коэффициентов;

Базовая ставка (БС) – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных методическими рекомендациями (средняя стоимость законченного случая лечения);

Коэффициент относительной затратоемкости (КЗ) – устанавливаемый методическими рекомендациями коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

Коэффициент дифференциации (КД) – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и индекса бюджетных расходов для отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации;

Поправочные коэффициенты – устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов;

Коэффициент специфики – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе заболеваний;

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУС) – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами;

Коэффициент сложности лечения пациентов (КСЛП) – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп;

Оплата медицинской помощи за услугу – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных методическими рекомендациями.

3.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях по уровням оказания медицинской помощи установлен Приложением

№ 2.2.1. к настоящему Тарифному соглашению, в условиях дневного стационара-Приложением № 2.3.1.

3.3. Оплата за счет средств ОМС медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях по КСГ, осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи;

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, для которых Программой установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи, в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

- социально значимых заболеваний (ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита;

- услуг диализа, включающих различные методы;

- паллиативной медицинской помощи.

3.4. Способы оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций)

Способы оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара медицинских организаций (структурных подразделений) включают:

- оплату медицинской помощи за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний;

- оплату медицинской помощи за прерванный случай оказания медицинской помощи.

3.4.1 Способ оплаты медицинской помощи за прерванный случай ее оказания применяется 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 оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, 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 при его письменном отказе 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, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, проведенным в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, приведенных в приложении № 3.4.4.

3.4.2 Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях:

- перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую. Оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным основаниям прерванности;
- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
- 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;
- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (*например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2)*);
- проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;
- родовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением;
- наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;
- проведение первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

– проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

Оплата по двум КСГ в рамках одной госпитализации в круглосуточном стационаре проводится по общим правилам, в том числе если один или оба случая лечения являются прерванными (оплата осуществляется в неполном объеме).

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.

3.4.3 Оплата случаев лекарственной терапии онкологических заболеваний проводится с учетом нагрузочных доз в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются).

Отнесение к КСГ, предусматривающим хирургическое лечение, осуществляется по коду МКБ 10 и коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ 10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ 10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количеству дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) формируются на основании кода МКБ 10 и схемы лекарственной терапии.

Оптимальная длительность госпитализации в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ составляет 1 день, в связи с чем указанные случаи могут быть оказаны как в условиях дневного стационара, так и в амбулаторных условиях (по решению субъекта РФ).

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей формируются на основании кода МКБ 10, длительности и дополнительного классификационного критерия, включающего группу лекарственного препарата или МНН лекарственного препарата.

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 Группировщике, 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, перечисленным в Методических рекомендациях (пункты 1-6).

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

- при условии проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике;

- 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).

3.4.4 Все КСГ группы распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях.

Исключением являются КСГ, включенные в профили «Медицинская

реабилитация» и «Гериатрия», лечение в рамках которых может осуществляться только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия» соответственно.

3.4.5 Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую Программу ОМС, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой.

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

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.

После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной медицинской организации, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

3.4.6. Оплата по профилю «паллиативная медицинская помощь» при лечении пациентов более месяца производится с указанием исхода заболевания «продолжает болеть», при длительности лечения меньше отчетного периода оплата осуществляется пропорционально стоимости лечения в полном календарном периоде.

3.5 Способы оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций):

Способы оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара медицинских организаций (структурных подразделений) включают:

- оплату медицинской помощи за случай лечения (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний;
- оплату медицинской помощи за прерванный случай оказания медицинской помощи.

Способ оплаты медицинской помощи за прерванный случай ее оказания применяется 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 оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, 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 при его письменном отказе 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, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, проведенным в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, приведенных в приложении № 3.5.3.

Способы оплаты медицинской помощи за случаи лечения в дневном стационаре осуществляются в соответствии с положениями Методических рекомендаций, включая прерванные случаи оказания медицинской помощи и аналогичны положениям, изложенным в пункте 3.4 настоящего документа.

4. Способы оплаты скорой медицинской помощи вне медицинской организации

4.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций установлен Приложением № 2.4.1 к настоящему Тарифному соглашению.

4.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования по сверх базовой Программе ОМС установлен Приложением № 2.4.1.1 к настоящему Тарифному соглашению.

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

- по подушевому нормативу финансирования;
- 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).

5. Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих социально-значимые виды медицинской помощи (в рамках сверх базовой Программы ОМС)

5.1. Перечень медицинских организаций, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, в рамках оказания медицинской помощи по видам и условиям, не входящим в базовую программу ОМС, установлен Приложением № 2.5.1. к настоящему Тарифному соглашению.

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

6. Основные подходы к оплате медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

6.1. Направлениями использования телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи являются:

- дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой;
- дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентами или их законными представителями.

6.2. Медицинская помощь с применением телемедицинских технологий оказывается преимущественно в медицинских организациях и (или) структурных подразделениях медицинских организаций 3-го уровня. В стационарных условиях и в условиях дневного стационара медицинская помощь с применением телемедицинских технологий включается в стоимость законченного случая лечения, рассчитанного на основе КСГ или КППГ.

6.3. Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий дифференцированы по видам консультаций (консилиумов врачей) при оказании первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, определенных Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 № 965н установлены Приложение № 3.3.5. к настоящему Тарифному соглашению.

6.4. Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях включено в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи.

Расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий учитываются путем применения повышающего коэффициента при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях, рассчитываемого прямо пропорционально доле медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в общем объеме оказанной медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования.

III. Тарифы на оплату медицинской помощи

1. Общие положения

1.1. Структура тарифов на оплату медицинской помощи установлена в соответствии с требованиями части 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) и включает следующие расходы: на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования, организации питания (при отсутствии организованного питания 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.

Не подлежат оплате за счет средств Программы ОМС расходы медицинских организаций на проведение капитального ремонта и подготовку проектно-сметной документации для его проведения, а также расходы инвестиционного характера.

Вышеперечисленные расходы осуществляются за счет бюджетных ассигнований и не входят в средний подушевой норматив финансирования, установленный Программой ОМС.

Средства ОМС на оплату труда сотрудников отделений медицинских организаций при закрытии отделений на проведение плановых и внеплановых ремонтов, карантинных и профилактических мероприятий дополнительно не выделяются. Указанные расходы могут возмещаться за счет средств соответствующего бюджета.

Оплата расходов, не включенных в структуру тарифа на медицинскую помощь в сфере ОМС, является нецелевым использованием средств ОМС.

1.2. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены на основании методики расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 года № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (с изменениями и дополнениями), «Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС», приказа Министерства здравоохранения РФ от 29.12.2020 года № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

2. Тарифы при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

2.1. Средний подушевой норматив финансирования, в расчете на одно застрахованное лицо в год, подлежащих оплате за счет средств:

- 1) **базовой программы ОМС** составляет – 5 207,22 рублей, в том числе:
 - при оказании медицинской помощи с профилактическими и иными целями – 1 991,81 руб.,
 - при обращении в связи с заболеванием – 2 830,01 руб.,
 - при оказании медицинской помощи в неотложной форме – 385,40 руб.
- 2) **на финансовое обеспечение сверх базовой Программы ОМС** в сумме 396,40 рублей, в том числе:
 - при оказании медицинской помощи с профилактическими и иными целями – 252,00 руб.,
 - при обращении в связи с заболеванием – 144,40 руб.

2.2. **Базовый подушевой норматив финансирования** на прикрепившихся лиц **рассчитывается** исходя из подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской

помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами (ПНА). Для этого определяется 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) ($ОС_{ПНФ-проф}$), за исключением объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема по следующей формуле

$$ОС_{ПНФ-проф} = ОС_{АМБ} - ОС_{ФАП} - ОС_{ИССЛЕД} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП} - ОС_{НЕОТЛ} - ОС_{ЕО},$$

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 государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (Приложение 3.3.3.1 к настоящему Тарифному соглашению), 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$ОС_{ПО}$ объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования,

рублей

- ОС_{дисп} объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе углубленной диспансеризации, в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей
- ОС_{неотл} объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей (используется в случае принятия Комиссией решения о финансировании медицинской помощи в неотложной форме вне подушевого норматива);
- ОС_{ео} объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами), рублей.

Подушевой норматив финансирования включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием.

Исходя из подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, определяется базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи (ПН_{баз}):

$$\text{ПН}_{\text{баз}} = \frac{\text{ОС}_{\text{ПНФ-проф}}}{\text{Ч}_3 * \text{КД}}, \text{ где}$$

ПН_{баз} – базовый подушевой норматив финансирования, рублей.

$ПН_{БАЗ} = 2\,238,27$ рублей (в месяц – 186,52 рублей).

Из расчета исключается размер финансовых средств, направляемых медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, а также финансовые средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи:

- стоматологическую медицинскую помощь;
- проведение услуг диализа;
- осуществление переноса криоконсервированных эмбрионов.

2.3. Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключая влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи (включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, расходов на их содержание и оплату труда персонала, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания:

$$ПРАМБ = \frac{ПН_{БАЗ} \cdot КД}{ФО_{СР}^{АМБ}}, \text{ где:}$$

ПРАМБ – коэффициент приведения в амбулаторных условиях;

ПН_{БАЗ} – базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей.

$$ПРАМБ = 0,42980.$$

2.4. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией учитывает половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива и установлен Приложением № 3.3.1 к настоящему Тарифному соглашению;

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования для медицинских организаций-фондодержателей, по видам и условиям оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС на 2022 год установлены Приложением № 3.3.1.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.5. Коэффициенты дифференциации подушевого норматива, рассчитанные по каждой медицинской организации с учетом половозрастных коэффициентов дифференциации и коэффициентов дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений установлены Приложением № 3.3.2 к настоящему Тарифному соглашению;

Коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования для медицинских организаций-фондодержателей, по видам и условиям оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС на 2022 год установлены Приложением № 3.3.2.1 к настоящему Тарифному соглашению;

2.6. Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования на одного застрахованного жителя области (медицинская помощь в амбулаторных условиях) установлен Приложением № 3.3.3 к настоящему Тарифному соглашению.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования для медицинских организаций-фондодержателей, по видам и условиям оказания медицинской помощи, не установленной базовой программой ОМС на 2022 год установлен Приложением № 3.3.3.1.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.7. Размер среднемесячных подушевых нормативов на одного застрахованного жителя области по всем видам и условиям медицинской помощи не установленной базовой программой ОМС (социально-значимые виды) установлен Приложением № 3.3.4 к настоящему Тарифному соглашению.

2.8. Размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

- посещение с профилактическими и иными целями – 679,80 рублей;
- комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 2 015,90 рублей;
- комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний – 2 256,56 рублей;
- средние нормативы финансовых затрат на проведение углубленной диспансеризации – 1 362,34 рублей;
- посещение с иными целями – 329,00 рублей;
- посещение в неотложной форме – 713,70 рублей;
- обращение по поводу заболевания – 1599,80 рублей, включая средние нормативы финансовых затрат на проведение одного исследования:
 - компьютерной томографии – 2 542,00 рублей;
 - магнитно-резонансной томографии – 3 575,0 рублей;
 - ультразвукового исследования сердечно сосудистой системы – 492,10 рублей;
 - эндоскопического диагностического исследования – 923,30 рублей;
 - молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 8 174,20 рублей;
 - патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии -2 021,30 рублей;
- тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 600,50 рублей;
- обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» – 18 438,40 рублей.

2.8.1. Тариф на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в части базовой и сверх базовой Программы ОМС (Приложение № 3.3.5), перечень медицинских организаций с коэффициентом уровня оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях (Приложение № 2.1.1.1).

2.8.2. Стоимость условной единицы трудоемкости (УЕТ) на 2022 год составляет 181,68 руб.

Классификатор основных медицинских услуг при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ), подлежащих оплате по обязательному медицинскому страхованию (Приложение № 3.3.6), среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной амбулаторной стоматологической помощи в медицинских организациях Калининградской области в 2022 году составляет 4,2 УЕТ в одном посещении, 10,9 УЕТ в одном обращении.

2.8.3. Перечень заболеваний при оказании амбулаторной стоматологической помощи в разрезе групп и подгрупп установлен Приложением № 3.3.7 к настоящему Тарифному соглашению;

2.8.4. Тариф стоимости случаев лечения при оказании амбулаторной стоматологической медицинской помощи установлен Приложением № 3.3.8 к настоящему Тарифному соглашению.

2.8.5. Перечень медицинских услуг в разрезе МКБ 10 при оказании амбулаторной стоматологической помощи установлен Приложением № 3.3.9 к настоящему Тарифному соглашению;

2.8.6. Тариф стоимости диагностических услуг установлен Приложением № 3.3.10 к настоящему Тарифному соглашению.

2.8.7 Тариф стоимости диагностических услуг, не включенных в подушевое финансирование установлен Приложением № 3.3.10.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.9. Критерии результативности выполнения целевых показателей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и методика расчета выплат стимулирующего характера при достигнутых целевых показателях результативности медицинскими организациями, финансируемыми по подушевому нормативу при реализации территориальной программы ОМС Калининградской области определены Приложением № 3.3.11 к настоящему Тарифному соглашению.

3. Тарифы в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо в год, подлежащих оплате за счет средств:

3.1.1. базовой Программы ОМС в сумме 5 716,68 рублей;

3.1.2. сверх базовой Программы ОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС в сумме 845,91 рублей.

3.2. Размер базовой ставки:

3.2.1. рамках базовой Программы ОМС – 24 255,40 рубля;

3.2.2. сверх базовой Программы ОМС – 84 587,50 рубля.

3.3. Размер коэффициента приведения при оплате специализированной медицинской помощи – 0,65.

3.4. Перечень групп заболеваний в разрезе клинико-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ:

3.4.1 в рамках базовой Программы ОМС (Приложение № 3.4.1 к настоящему Тарифному соглашению);

3.4.2 в рамках сверх базовой Программы ОМС (Приложение № 3.4.1.1 к настоящему Тарифному соглашению).

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

- размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;
- коэффициент относительной затратоемкости;
- коэффициент дифференциации (при наличии);
- коэффициент специфики оказания медицинской помощи;
- коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;
- коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (СС_{КСГ}) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов, порядок оплаты которых установлен Разделом 4.8.1 Методических рекомендаций, определяется по следующей формуле:

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

БС	базовая ставка, рублей;
КЗ _{КСГ}	коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
КС _{КСГ}	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);
КУС _{МО}	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского

страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление № 462).

Данный коэффициент используется в расчетах в том числе в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации, в том числе для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований.

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

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

$$CC_{КСГ} = BC \times KZ_{КСГ} \times ((1 - D_{ЗП}) + D_{ЗП} \times PK \times KD) + BC \times KD \times KСЛП, \text{ где:}$$

- | | |
|-------------------|---|
| BC | размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей; |
| KZ _{КСГ} | коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
| D _{ЗП} | доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением 3 к Программе значение, которому применяется KD и PK); |
| PK | поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне); |
| KD | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462; |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП). |

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

$$CC_{\text{КСГ}} = BC \times KZ_{\text{КСГ}} \times ((1 - D_{\text{ЗП}}) + D_{\text{ЗП}} \times PK \times KD) + BC \times KD \times KCLP, \text{ где:}$$

BC	размер базовой ставки без учета дифференциации, рублей;
$KZ_{\text{КСГ}}$	коэффициент относительной затратоемкости по К отнесен данный случай госпитализации;
$D_{\text{ЗП}}$	доля заработной платы и прочих расходов стоимости КСГ (установленное Приложением 3 значение, к которому применяется КД и ПК);
ПК	поправочный коэффициент оплаты КСГ (инт коэффициент, рассчитываемый на региональном ;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в с Постановлением № 462;
KCLP	коэффициент сложности лечения паци необходимости, сумма применяемых KCLP).

3.8. Перечень и значение коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП) установлен Приложением № 3.4.2 к настоящему Тарифному соглашению.

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

3.9. Перечень КСГ групп, к которым не применяются понижающие и повышающие коэффициенты специфики установлен Приложением № 3.4.3 к настоящему Тарифному соглашению.

3.10. Перечень КСГ групп с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, которые оплачиваются в полном объеме установлен Приложением № 3.4.4 к настоящему Тарифному соглашению.

3.11. Дополнительные классификационные критерии отнесения случаев лечения к КСГ (ДКК) в условиях круглосуточного стационара в рамках базовой программы ОМС на 2022 год установлен Приложением № 3.4.5 к настоящему Тарифному соглашению.

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

в рамках базовой программы ОМС установлен в Приложении № 3.4.6 к настоящему Тарифному соглашению.

3.13. Перечень услуг в составе КСГ, к которым применяется КСЛП при проведении сочетанных хирургических вмешательств установлен Приложением № 3.4.7. к настоящему Тарифному соглашению.

3.14. Перечень услуг в составе клинико-статистических групп, к которым применяется КСЛП при проведении однотипных операций на парных органах установлен Приложение № 3.4.8 к настоящему Тарифному соглашению.

3.15. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара установлен Приложением № 3.4.9 к настоящему Тарифному соглашению.

3.16. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи установлены Приложением № 3.4.10. к настоящему Тарифному соглашению.

3.17. Тариф стоимости случая госпитализации при оказании медицинской помощи в стационарных условиях за счет сверх базовой Программы ОМС по прочим видам медицинских и иных услуг установлен Приложением № 3.4.11 к настоящему Тарифному соглашению.

3.18. Перечень заболеваний по МКБ-10, включенных в КСГ заболеваний при оказании стационарной медицинской помощи в рамках сверх базовой программы ОМС по социально-значимым видам медицинской помощи установлен в Приложении № 3.4.1.1.1 к настоящему Тарифному соглашению.

3.19. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме изложен в Приложение № 3.4.4 к настоящему Тарифному соглашению.

3.20. Размеры оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи уменьшаются:

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

3.21. Размер тарифов на оплату прерванных случаев лечения в рамках сверх базовой Программы ОМС устанавливается в неполном объеме по профилям: «венерология», «наркология» с длительностью 5 дней и менее осуществляется в размере 30 процентов от стоимости случая лечения, при длительности лечения более 5 дней, но менее 11 дней в размере 70 процентов, по профилю

«инфекционные болезни» (в части лечения заболеваний, вызванных вирусом иммунодефицита человека) при длительности 10 дней и менее в размере 30 процентов от стоимости случая, при длительности лечения более 10 дней, но менее 22 дней в размере 70 процентов от стоимости случая.

3.22. В случае предоставления пациентом или иной организацией лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, приобретенных за счет иных источников (льготное обеспечение, гуманитарная помощь и прочее) в качестве основного диагноза по МКБ-10 для формирования группы КСГ использовать код Z51 и Z51.8, группа st36.004.

4. Тарифы в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара:

4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо в год, подлежащих оплате за счет средств:

4.1.1. базовой Программы ОМС в сумме 1 446,25 рублей;

4.1.2. сверх базовой Программы ОМС в сумме 43,80 рублей.

4.2. Размер базовой ставки:

4.2.1. в рамках базовой Программы ОМС – 13 915,62 рубля;

4.2.2. сверх базовой Программы ОМС – 14 603,90 рублей.

4.3. Размер коэффициента приведения при оплате специализированной медицинской помощи – 0,60.

4.4. Перечень КСГ групп заболеваний с указанием коэффициентов относительной затратоемкости в рамках базовой программы ОМС установлен в Приложении № 3.5.1 к настоящему Тарифному соглашению.

4.5 Перечень КСГ групп заболеваний с указанием коэффициентов относительной затратоемкости (КЗ) при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара в рамках сверх базовой программы ОМС по социально значимым видам медицинской помощи на 2022 год установлен Приложением № 3.5.1.1 к настоящему Тарифному соглашению.

4.6 Перечень заболеваний по МКБ-10, включенных в КСГ групп заболеваний при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара в рамках сверх базовой Программы ОМС по социально-значимым видам медицинской помощи на 2022 год установлен в Приложении № 3.5.1.1.1 к настоящему Тарифному соглашению.

4.7. Перечень КСГ заболеваний при лечении в дневном стационаре, к которым не применяются понижающие и повышающие коэффициенты специфики установлен Приложением № 3.5.2 к настоящему Тарифному соглашению.

4.8. Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ при проведении лекарственной терапии при онкологических заболеваниях в условиях дневного стационара установлены Приложением № 3.5.1 к настоящему Тарифному соглашению.

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

$$CC_{\text{КСГ/КПГ}} = BC \times KZ_{\text{КСГ/КПГ}} \times ((1 - D_{\text{ЗП}}) + D_{\text{ЗП}} \times PK \times KD), \text{ где:}$$

BC	размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;
$KZ_{\text{КСГ/КПГ}}$	коэффициент относительной затратоемкости по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации
$D_{\text{ЗП}}$	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением 3 к Программе значение, к которому применяется KD);
PK	поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне);
KD	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462»;

4.9. Перечень КСГ, оплата которых осуществляется в полном объеме при прерванных случаях лечения (три дня и менее) в дневном стационаре установлен Приложением № 3.5.3 к настоящему Тарифному соглашению.

4.10. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи установлен Приложением № 3.5.4 к настоящему Тарифному соглашению.

4.11. В случае предоставления пациентом или иной организацией лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, приобретенных за счет иных источников (льготное обеспечение, гуманитарная помощь и прочее) в качестве основного диагноза по МКБ-10 для формирования группы КСГ использовать код Z51 и Z51.8, группа ds36.002.

5. Тарифы в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации

5.1. Средний подушевой норматив финансирования в расчете на одно застрахованное лицо в год, подлежащих оплате за счет средств:

5.1.1. базовой Программы ОМС составляет 822,50 рублей;

5.1.2. сверх базовой Программы ОМС в сумме 70,09 рублей.

5.2. На основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, определяется размер средств на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации:

$$ОС_{СМП} = (Н_{ОСМП} \times Н_{ФЗ_{СМП}}) \times Ч_3 - ОС_{МТР}, \text{ где:}$$

- | | |
|----------------|---|
| $ОС_{СМП}$ | объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, рублей; |
| $Н_{ОСМП}$ | средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, вызовов; |
| $Н_{ФЗ_{СМП}}$ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| $ОС_{МТР}$ | объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей; |
| $Ч_3$ | численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек. |

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

$$ПН_{БАЗ} = \frac{ОС_{СМП} - ОС_В}{Ч_3 \times КД}, \text{ где:}$$

- | | |
|------------|--|
| $ПН_{БАЗ}$ | базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, |
|------------|--|

рублей;

ОС_в объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным за вызов с применением тромболитической терапии, рублей;

КД единый коэффициент дифференциации

Размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования – 821,15 рубля (68,43 рубля в месяц).

5.1.3. Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования (ПРсмп.) составляет – 0,99837.

5.2. Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на 2022 год в рамках базовой программы ОМС установлен Приложением № 3.6.1 к настоящему Тарифному соглашению.

Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на 2022 год в рамках сверх базовой программы ОМС установлен Приложением № 3.6.1 к настоящему Тарифному соглашению.

5.3. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на 2022 год в рамках базовой программы ОМС установлены Приложением № 3.6.2 к настоящему Тарифному соглашению.

5.4. Коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования станции (отделений) скорой медицинской помощи (коэффициент приведения и коэффициент специфики) на 2022 год в рамках базовой программы ОМС установлен Приложением № 3.6.3 к настоящему Тарифному соглашению.

5.5. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой скорой медицинской помощью вне медицинской организации установлены Приложением № 3.6.4 в рамках базовой и сверх базовой Программы ОМС.

Размер базового норматива финансовых затрат за вызов скорой медицинской помощи – 2 884,70 рублей.

5.6. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которой выдан полис ОМС, осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

5.7. Оплата скорой медицинской помощи в разрезе медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе ОМС, производится в соответствии с зонами обслуживания населения, которые утверждены совместным приказом Министерства здравоохранения Калининградской области и территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области от 27 декабря 2021 года № 1051/628 «Об утверждении количества бригад скорой медицинской помощи, перечня зон обслуживания

медицинскими организациями, оказывающими скорую, в том числе скорую специализированную медицинскую помощь на 2022 год».

5.8. Оплата случаев оказания скорой медицинской помощи производится в соответствии с перечнем заболеваний, изложенном в пунктах 11, 13 Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. № 388н.

5.9. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной пациентам с острым коронарным синдромом, включающей проведение тромболитической терапии, осуществляется по утвержденному тарифу с учетом расходов на лекарственное обеспечение.

6. Оплата случаев экстракорпорального оплодотворения (ЭКО)

6.1. Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов в модели КСГ дневного стационара предусмотрены КСГ ds02.008-ds.02.011 с учетом положений Приложения № 3.5.5 к настоящему Тарифному соглашению.

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

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день, в связи с чем указанные случаи могут быть оказаны как в условиях дневного стационара, так и в амбулаторных условиях.

6.2. Средний норматив финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения, утвержденный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год, соответствует стоимости полного цикла экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов, но представляет собой усредненную стоимость случая экстракорпорального оплодотворения с учетом проведения у части пациентов неполных циклов и проведения в отдельных случаях полного цикла с криоконсервацией эмбрионов.

7. Тарифы на оплату случаев лечения при оказании услуг диализа

7.1. Базовый тариф на оплату услуг гемодиализа 6 309,06 рублей.

7.2. Базовый тариф на оплату услуг перитонеального диализа 5 444,78 рублей.

7.3. Коэффициенты относительной затратоемкости к базовым тарифам для оплаты проведения заместительной почечной терапии методом диализа установлены Приложением № 3.7.1 к настоящему Тарифному соглашению.

7.4 Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях – законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках

реализации территориальной программы ОМС, за единицу объема в амбулаторных условиях принимается один месяц лечения.

7.5 Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара – законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

7.6. Оплата медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара осуществляется за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение всего периода нахождения пациента в стационаре.

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

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 устанавливается согласно Приложению № 4.1.1 к настоящему Тарифному соглашению.

V. Заключительные положения.

1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2022 года и действует по 31.12.2022 года.

2. Тарифное соглашение, а также документы, принятые в рамках Тарифного соглашения, являются обязательными для всех участников системы ОМС Калининградской области.

3. Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено. Изменения и дополнения оформляются решением Тарифной комиссии в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента их подписания.

4. Базовые тарифы могут индексироваться в случае поступления дополнительных средств на реализацию территориальной программы ОМС в 2022 году сверх утвержденных в законе «О бюджете территориального фонда ОМС Калининградской области на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов» ассигнований, или в случае перераспределения финансовых средств при исполнении территориальной программы ОМС в 2022 году.

Подписи сторон

Министерство здравоохранения
Калининградской области



Министр
Кравченко Александр Юрьевич

Территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования Калининградской
области



Директор
Демина Татьяна Владимировна

Страховые медицинские
организации



Директор Калининградского
филиала
АО «Страховая компания
«СОГАЗ-Мед»
Дивакова Лариса Владимировна

Медицинские профессиональные
некоммерческие организации



Председатель региональной
общественной организации
«Врачебная палата
Калининградской области»
Краснова Ольга Геннадиевна

Профессиональные союзы
медицинских организаций



Заместитель председателя
Калининградского областного
объединения организаций
профсоюзов
Орлова Елена Васильевна