

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
НА ТЕРРИТОРИИ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
НА 2021 ГОД**

г. Екатеринбург

«28» декабря 2020

Министерство здравоохранения Свердловской области в лице министра Карлова А.А., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области в лице заместителя директора по экономике Кузьминых Л.Ю., страховые медицинские организации в лице генерального директора ООО «Страховая медицинская компания «УГМК-Медицина» Леонтьева И.Л., медицинские профессиональные некоммерческие организации в лице представител Некоммерческого Партнерства «Медицинская Палата Свердловской области» Огаркова И.П., профессиональные союзы медицинских работников или их объединений (ассоциаций) в лице председателя Свердловской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Угринова С.А., в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», в соответствии с

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

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

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов;

Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов;

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

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

Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

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

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

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

заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Предмет тарифного соглашения

Предметом настоящего Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами способы и условия оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями застрахованным лицам в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Свердловской области, размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

2. Список сокращений

ОМС – обязательное медицинское страхование;

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

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

ФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;

МЗ СО – Министерство здравоохранения Свердловской области;

ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области;

МО – медицинская организация;

СМО – страховая медицинская организация;

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь;

СМП – скорая медицинская помощь;

ССМП – станция скорой медицинской помощи;

ОСМП – отделение скорой медицинской помощи медицинской организации;

ЗАТО – закрытое административно-территориальное образование;

КСГ – клинико-статистическая группа;

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь;

ФП/ФАП – фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт;

ОВП – общая врачебная практика;

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

МЭК – медико-экономический контроль;

МЭЭ – медико-экономическая экспертиза;

ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи;

КОСГУ – классификация операций сектора государственного управления;

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

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

УЕТ – условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи;

ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение;

ЖНВЛП – жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты.

3. Основные термины и понятия

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

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

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

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

«Бережливая поликлиника» – медицинская организация, участвующая во внедрении новой модели медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства.

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

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

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

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

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

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

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

Клинко-статистическая группа (КСГ) – группа клинически однородных случаев лечения, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней

ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

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

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

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

Коэффициент относительной затроемкости по клинко-статистической группе заболеваний – отношение стоимости конкретной клинко-статистической группы заболеваний к базовой ставке финансирования (устанавливается Тарифным соглашением, учитывает стоимость усредненного набора медицинских услуг, входящих в стандарты медицинской помощи/предусмотренных порядками оказания медицинской помощи при заболеваниях, входящих в группу).

Коэффициент половозрастных затрат – коэффициент, учитывающий уровень потребления ПМСП лицами, застрахованными в Свердловской области, в разрезе половозрастных групп населения.

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

Коэффициент дифференциации подушевого норматива – коэффициент, учитывающий различия в затратах МО на оказание медицинской помощи прикрепленным лицам (с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью до 50 тысяч человек).

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

Медицинские организации, имеющие прикрепленное население – МО,

участвующие в реализации Программы ОМС и имеющие прикрепленных по территориально-участковому принципу лиц, застрахованных по ОМС в Свердловской области, оплата медицинской помощи которым осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу на прикрепившихся лиц (является МО-исполнителем в случае оказания медицинских услуг неприкрепленному населению).

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

Номенклатура медицинских услуг (далее – Номенклатура) – перечень медицинских услуг, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н.

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

Прерванный случай оказания медицинской помощи – случай оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара и/или дневного стационара при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, при проведении диагностических исследований. К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

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

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

Управленческий коэффициент – поправочный коэффициент, позволяющий

корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и/или учета особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ.

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

Размер финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов – средний размер финансового обеспечения ФП/ФАП, установленный Программой ОМС в зависимости от численности обслуживаемого (прикрепленного) населения, при условии их соответствия требованиям, установленным нормативным правовым актом Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также средний размер финансового обеспечения ФП/ФАП, обслуживающих менее 100 и более 2000 жителей.

4. Общие положения об оплате медицинской помощи

4.1 Источником финансового обеспечения тарифов на медицинскую помощь являются средства, определенные Законом Свердловской области от 10.12.2020 № 132-ОЗ «О бюджете государственного внебюджетного Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области на 2021 год и плановый период 2022 и 2023 годов» на финансирование Программы ОМС.

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

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

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

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

4.6 Тарифы на медицинскую помощь устанавливаются с учетом коэффициентов дифференциации:

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

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

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

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

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

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

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

II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

5.1. При оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

1) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

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

– при оплате медицинской помощи в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

– при оплате медицинской помощи по видам, не включенным в подушевой норматив финансирования;

– при оплате медицинской помощи лицам, застрахованным по ОМС в других субъектах Российской Федерации;

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

5.2. При оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях:

1) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ);

2) за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических

исследований, оказании услуг диализа;

3) за случай лечения в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленными для оплаты заболеваний, при которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов ВМП, включенных в Программу ОМС;

4) за услугу диализа в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации (дополнительно к стоимости КСГ).

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

1) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ);

2) за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

3) за услугу диализа, при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание (дополнительно к стоимости КСГ).

5.4. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) – по подушевому нормативу на обслуживаемое население в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

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

6.1. Перечень МО и их отделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с указанием применяемого способа оплаты, приведен в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению. Перечень медицинских организаций и их подразделений, внедряющих новую модель «Бережливой поликлиники» приведен в приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень ФП/ФАП, входящих в структуру медицинских организаций, приведен в приложении 14 к настоящему Тарифному соглашению.

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

уровень 1:

– отделения в составе МО, оказывающие первичную (доврачебную, врачебную, специализированную) медико-санитарную помощь в пределах одного

муниципального образования, а также внутригородского района (в центральных районных больницах, городских, районных, участковых больницах, городских поликлиниках);

– приемные отделения стационаров, вне зависимости от уровня стационара;

уровень 2:

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

– консультативно-диагностические поликлиники, не имеющие прикрепленного населения, оказывающие специализированную консультативную медико-санитарную помощь в пределах Свердловской области и/или в пределах нескольких субъектов РФ.

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

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

1) средств на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора протвоопухолевого лекарственной терапии) в соответствии с нормативами, установленными Программой;

2) средств на оплату медицинских услуг в Центрах здоровья;

3) средств на оплату неотложной медицинской помощи, оказываемой лицензированными отделениями (кабинетами), являющимися структурными подразделениями в составе медицинской организации, в том числе на дому и по

месту выезда бригады неотложной помощи;

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

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

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

7) средств на оплату медицинских услуг по прерыванию беременности;

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

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

10) средств на оплату посещений и скрининговых (углубленных) исследований на выявление онкологических заболеваний в соответствии с приказами МЗ СО;

11) средств на оплату медицинских услуг для диагностики нарушений зрения;

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

13) средств на финансовое обеспечение ФП/ФАП.

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

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

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

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

2) наличие сведений о прикреплении населения по данным регионального

сегмента единого регистра застрахованных лиц на начало расчетного периода;

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

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

Для ФП/ФАП с численностью обслуживаемого (прикрепленного) населения менее 100 и более 2000 человек размер финансового обеспечения определяется с применением понижающего и повышающего коэффициентов к размеру финансового обеспечения ФП/ФАП с численностью обслуживаемого (прикрепленного) населения от 100 до 900 человек и от 1500 до 2000 человек соответственно.

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

6.6. Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает финансовые средства на оплату собственной деятельности МО (по видам медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках подушевого финансирования), а также средства на оплату внешних услуг, оказанных прикрепленным к данной МО застрахованным лицам в иных МО-исполнителях (за единицу объема медицинской помощи).

6.7. Объем финансового обеспечения по подушевому нормативу для каждой МО, имеющей прикрепившихся застрахованных лиц, определяется в соответствии с дифференцированным подушевым нормативом, установленным настоящим Тарифным соглашением, с учетом достижения целевых значений показателей результативности деятельности, в том числе показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» за предшествующий отчетный период (квартал, год).

Методика определения дифференцированных подушевых нормативов приведена в приложении 6 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и критерии их оценки (включая целевые значения), приведены в приложении 7 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» и критерии их оценки (включая целевые значения) приведены в приложении 8 к настоящему Тарифному соглашению.

Порядок осуществления выплат в случае достижения медицинской организацией целевых значений показателей результативности деятельности, в том числе результативности деятельности «Бережливой поликлиники», приведен в приложении 9 к настоящему Тарифному соглашению.

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

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

$ОС_{ПН}$ – финансовый результат МО по средствам подушевого финансирования с учетом показателей результативности деятельности, в том числе по показателям «Бережливой поликлиники»;

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

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

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

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

$Р_{ПН(МО)}$ – расчетный месячный объем средств по дифференцированному подушевому нормативу МО, определяется в соответствии с Методикой (приложение 6 к Тарифному соглашению);

α – доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, определяется в соответствии с Порядком осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение целевых значений показателей результативности деятельности, в том числе показателей «Бережливой поликлиники» (приложение 9 к Тарифному соглашению);

$С_{РД}$ – размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, в том числе по показателям деятельности «Бережливой поликлиники», за отчетный период;

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

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

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

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

$$\text{ОС}_{\text{ФАП}(i)} = \sum_n (\text{Ч}_{\text{ФАП}(n)} \times \text{ФРО}_{\text{ФАП}(n)}), \text{ где:} \quad (3)$$

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

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

$\text{ФРО}_{\text{ФАП}(n)}$ – финансовый размер обеспечения ФП/ФАП n -го типа, установленный приложением 12 к настоящему Тарифному соглашению, в расчете на месяц.

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

$$\text{ОС}_{\text{ЕО}} = \sum (\text{О}_{\text{МП}(\text{факт})} \times \text{T}), \text{ где:} \quad (4)$$

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

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

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

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

- 1) посещение к врачу соответствующей специальности;
- 2) посещение к среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием;
- 3) обращение к врачу соответствующей специальности;

4) законченный случай лечения заболевания при оказании стоматологической помощи;

5) медицинскую услугу (по перечню, установленному настоящим Тарифным соглашением).

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

1) для оплаты медицинской помощи: по видам, не включенным в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц; в МО, не имеющих прикрепленного населения; лицам, не прикрепленным к МО; лицам, застрахованным по ОМС в других субъектах РФ;

2) для осуществления расчетов между МО в рамках подушевого финансирования;

3) для расчета коэффициентов половозрастных затрат;

4) для расчета суммы, не подлежащей оплате (уменьшению оплаты) по результатам контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи.

6.14. Тариф посещения включает расходы на посещение врача соответствующей специальности (среднего медицинского работника, ведущего самостоятельный прием) и расходы вспомогательных лечебно-диагностических подразделений на проведение необходимых диагностических исследований и лечебных процедур, за исключением услуг, на которые данным Тарифным соглашением установлены отдельные тарифы.

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

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

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

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

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

6.17. Оплата диспансеризации и профилактических медицинских осмотров,

проводимых в том числе в рамках диспансеризации (профилактические медицинские осмотры в взрослого населения, профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних, диспансеризация определенных групп населения) включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности МО (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

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

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, при условии выполнения следующих осмотров (исследований, мероприятий), обязательных для всех граждан (при отсутствии противопоказаний):

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

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

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

В случае проведения медицинской организацией профилактических медицинских осмотров и/или диспансеризации в выходные дни к тарифу

комплексного посещения профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации применяется коэффициент 1,03.

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

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

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

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

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

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

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

6.19. Оплата посещений и диагностических исследований, включенных приказом МЗ СО в объем скрининговых исследований с целью выявления злокачественных новообразований, производится за фактически оказанные при проведении скрининга медицинские услуги.

Исследования, входящие в объем скрининга, выполненные в течение 12 месяцев, предшествующих дате начала проведения скрининга, действительны при наличии документально подтвержденных результатов исследований, и в составе данного случая не оплачиваются.

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

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

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

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

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

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

7.1. Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, приведен в приложении 3 к настоящему Тарифному соглашению.

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

- базовой ставки финансирования стационарной медицинской помощи;
- коэффициента относительной затратноемкости по КСГ;
- коэффициента дифференциации;
- поправочного коэффициента, учитывающего: управленческий коэффициент, коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость законченного случая лечения в стационаре (за исключением случаев госпитализаций взрослых с применением лекарственной терапии, оплачиваемой в соответствии с федеральной моделью, при злокачественных новообразованиях) определяется по формуле:

$$C_{КСГ} = BC \times KZ_{КСГ} \times ПК \times КД, \text{ где:} \quad (5)$$

BC – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи, оплачиваемой по системе КСГ в рамках Программы ОМС (средняя стоимость одного случая лечения, включенного в КСГ); рассчитывается исходя из объема средств на финансовое обеспечение стационарной медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, за исключением средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется вне системы КСГ (ВМП по перечню видов и методов, включенных в Программу ОМС, услуг диализа с применением различных методов),

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

ПК – интегрированный поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая,

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

Интегрированный поправочный коэффициент (ПК) для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты по следующей формуле:

$$ПК = КУ_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КСЛП, \text{ где:} \quad (6)$$

$КУ_{КСГ}$ – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, устанавливается для конкретной КСГ для всех уровней оказания медицинской помощи согласно приложению 20 к настоящему Тарифному соглашению;

$КУС_{МО}$ – коэффициент уровня/подуровня оказания стационарной медицинской помощи в отделении медицинской организации, в котором был пролечен пациент; не применяется к случаям, отнесенным к «одноуровневым» КСГ (отмечены знаком «+» в приложении 20 к настоящему Тарифному соглашению), за исключением отделений медицинских организаций, расположенных на территории ЗАТО, а также отделений 1-го уровня, для которых коэффициент уровня/подуровня применяется ко всем КСГ;

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

$$КСЛП = КСЛП_1 + (КСЛП_2 - 1) + (КСЛП_n - 1) \quad (7)$$

При этом суммарное значение КСЛП не может превышать 1,8, за исключением случаев сверхдлительной госпитализации, указанных п. 7.6.3, для которых суммарное значение КСЛП не ограничивается.

КСЛП не применяется к КСГ st36.008 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении», st36.009 «Реинфузия аутокрови», st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация», st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация».

Стоимость случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями, оплачиваемых в соответствии с федеральной моделью, определяется по следующей формуле:

$$С_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Д_{ЗП}) + Д_{ЗП} \times ПК \times КД), \text{ где:} \quad (8)$$

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

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

$KZ_{КСГ}$ – коэффициент относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен данный случай (устанавливается на федеральном уровне, кроме разгруппированных КСГ),

ПК – интегрированный поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая,

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

7.3. Оплата медицинской помощи при переводе пациента.

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

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

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

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

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

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

- 1) дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии

беременности, с последующим родоразрешением оплачивается по КСГ st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью», и по одной из КСГ st02.003 «Родоразрешение», КСГ st02.004 «Кесарево сечение» при условиях:

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

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

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

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

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

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

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

7.5. При оказании в рамках одной госпитализации ВМП и специализированной медицинской помощи в порядке комплексного обследования и/или предоперационной подготовки пациентов по КСГ, а также продолжения лечения после оказания ВМП, оплата производится следующим образом: ВМП оплачивается по нормативам стоимости ВМП, КСГ – по правилам, описанным выше.

7.6. Оплата прерванных случаев.

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

- 100% стоимости КСГ, установленной Тарифным соглашением, по перечню групп, оплата которых осуществляется в полном объеме независимо от длительности пребывания в стационаре (отмечены знаком «100%» в отдельной графе приложения 20 к настоящему Тарифному соглашению);

- в размере 80% или 90% стоимости КСГ, установленной Тарифным соглашением, по перечню групп, в том числе при проведении хирургического

вмешательства и/или тромболитической терапии, являющимися основным классификационным критерием отнесения данного случая к конкретной КСГ (отмечены знаком «80%», «90%» в отдельной графе приложения 20 к настоящему Тарифному соглашению);

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

7.6.2 Случаи лечения длительностью более 3 дней с результатом госпитализации «Переведен в другое ЛПУ» (102), «Лечение прервано по инициативе пациента» (107), «Умер» (105) оплачиваются в следующем порядке:

- в размере 100% стоимости КСГ, по перечню групп, отмеченных знаком «100%» в отдельной графе приложения 20 к настоящему Тарифному соглашению;

- в размере 100% стоимости КСГ, по перечню групп, отмеченных знаком «80%» и «90%» в отдельной графе приложения 20 к настоящему Тарифному соглашению;

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

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

$$\text{КСКП} = 1 + \frac{\text{ФКД} - \text{НКД}}{\text{НКД}} \times \text{Кдл}, \text{ где:} \quad (9)$$

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

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

Кдл – коэффициент длительности в размере 0,25.

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

7.7 Срок лечения в стационаре определяется от даты поступления до дня выписки из стационара (день госпитализации и день выписки считается одним днем).

7.8 Высокотехнологичная медицинская помощь по видам и методам, включенным в раздел I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, оплачивается по нормативам финансовых затрат, установленным базовой программой ОМС на единицу объема предоставления медицинской помощи, с применением коэффициента дифференциации к доле норматива согласно разъяснениям Министерства здравоохранения Российской Федерации «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».

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

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

7.10 При оказании медицинской помощи с проведением заместительной почечной терапии методами диализа пациенту с почечной недостаточностью оплата производится за услугу диализа дополнительно к стоимости КСГ, являющейся поводом для госпитализации. Оплата производится за количество фактически выполненных услуг диализа в течение всего периода нахождения пациента в стационаре, по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

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

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

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

8.1 Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в условиях

дневного стационара, приведен в приложении 4 к настоящему Соглашению.

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

- базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара;
- коэффициент относительной затратноёмкости по КСГ;
- коэффициент дифференциации;
- поправочный коэффициент, учитывающий: управленческий коэффициент; коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи; коэффициент сложности лечения пациента.

8.3 Стоимость законченного случая лечения в дневном стационаре (за исключением случаев лечения взрослых с применением лекарственной терапии, оплачиваемой в соответствии с федеральной моделью, при злокачественных новообразованиях) определяется по формуле:

$$C_{дс} = БС_{дс} \times КЗ_{КСГ} \times ПК \times КД, \text{ где:} \quad (10)$$

$БС_{дс}$ – базовая ставка финансирования в условиях дневного стационара, рассчитывается, исходя из объема средств на финансовое обеспечение стационарозамещающей медицинской помощи в рамках Программы ОМС (за вычетом средств на оплату услуг диализа), в расчете на один случай;

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

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

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

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

$$ПК = КУ_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КСЛП, \text{ где:} \quad (11)$$

$КУ_{КСГ}$ – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай;

$КУС_{МО}$ – коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи в отделении медицинской организации, в котором был пролечен пациент; не применяется к случаям, отнесенным к «одноуровневым» КСГ (отмечены знаком «+» в приложении 27 к настоящему Тарифному соглашению), за исключением отделений медицинских организаций, расположенных на территории ЗАТО, для которых коэффициент уровня/подуровня применяется ко всем КСГ;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента, устанавливается для случаев и в размере согласно приложению 28 к настоящему Тарифному соглашению. При наличии нескольких оснований для применения КСЛП на случай лечения, его значение определяется как суммарное по формуле (7) п. 7.2, но не выше чем 1,8.

Стоимость случая лечения по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями, оплачиваемых в соответствии с федеральной моделью, определяется по следующей формуле:

$$CC_{\text{КСГ}} = BC_{\text{ДС}} \times KZ_{\text{КСГ}} \times ((1 - D_{\text{ЗП}}) + D_{\text{ЗП}} \times ПК \times КД), \text{ где:} \quad (12)$$

$BC_{\text{ДС}}$ – базовая ставка финансирования в условиях дневного стационара,

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

$KZ_{\text{КСГ}}$ – коэффициент относительной затратноемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай (устанавливается на федеральном уровне, кроме разгруппированных КСГ),

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

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

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

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

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

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

8.5 Случаи лечения длительностью более 3 дней с результатом госпитализации «Переведен в другое ЛПУ» (202), «Лечение прервано по инициативе пациента» (207), «Умер» (205) оплачиваются в следующем порядке:

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

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

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

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

9. Порядок применения способов оплаты скорой медицинской помощи

9.1 Перечень МО, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) приведен в приложении 5 к настоящему Тарифному соглашению.

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

$$\text{ФО}_{\text{СМП}} = \sum \text{ДПН}_{\text{СМП}} \times \text{ЧЗ}_{\text{СМО}i} + \sum \text{К}_y \times \text{Т}_y \quad (13)$$

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

$ЧЗ_{СМОi}$ – численность застрахованных лиц в зоне обслуживания данной ССМП (ОСМП), застрахованного i -той СМО (по состоянию на первое число расчетного периода);

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

T_y – тариф вызова.

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

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

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

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

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

III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

10. Структура тарифов

10.1 Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС включают расходы медицинских организаций, связанные с предоставлением бесплатной медицинской помощи по видам, включенным в Программу ОМС, в соответствии со структурой тарифа, установленной частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

10.2 Структура тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС включает

следующие расходы: на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

10.3 Тарифы на оплату медицинской помощи определяются дифференцированно по уровням оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и/или структурных подразделений (отделений) медицинских организаций, в соответствии с Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленными ФОМС.

Решение по отнесению МО/отделения МО к уровню оказания медицинской помощи принимается Комиссией, в соответствии с маршрутизацией пациентов, установленной приказами МЗ СО.

10.4 В соответствии с Программой ОМС, тарифы на оплату медицинской помощи в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе:

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

- медицинским работникам ФП/ФАП (заведующим ФП/ФАП, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

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

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

10.5 Структура тарифа включает расходы на оплату труда в соответствии с действующей системой оплаты труда. Не входят в тариф и за счет средств ОМС не

компенсируются:

- доплаты к заработной плате, устанавливаемые органами местного самоуправления муниципальных образований Свердловской области сверх доплат, утвержденных нормативными правовыми актами Российской Федерации и Свердловской области;

- установление надбавок, доплат, повышений и других выплат к заработной плате работникам медицинских организаций ведомственного подчинения и частной формы собственности сверх размеров, установленных законодательством Российской Федерации и Свердловской области.

10.6 Расходные материалы, мягкий инвентарь, медицинский инструментарий и другие изделия медицинского назначения (медицинские изделия) независимо от стоимости, при заболеваниях и состояниях, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, приобретаются и используются медицинскими организациями в объеме, необходимом для обеспечения предоставления медицинской помощи надлежащего качества и объема.

Лекарственное обеспечение пациентов при оказании бесплатной медицинской помощи осуществляется в соответствии с законодательными и нормативными актами Российской Федерации, в том числе за счет иных источников финансирования.

При оказании в рамках Программы ОМС первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками ее оказания, перечнем ЖНВЛП, применяемых в медицинских целях.

При оказании медицинской помощи в рамках Программы ОМС, в том числе ВМП, за счет средств ОМС осуществляется обеспечение изделиями медицинского назначения, включая металлоконструкции для травматологических и ортопедических операций, протезы и эндопротезы (за исключением стоматологических протезов, протезов и эндопротезов, приобретение которых обеспечивается средствами соответствующих бюджетов в соответствии с законодательством), стабилизирующие системы, устройства для репозиции и фиксации, устройства для установки имплантатов и др.

10.7 При оказании медицинской помощи в стационарах круглосуточного пребывания застрахованные лица обеспечиваются лечебным питанием по назначению лечащего врача в соответствии с нормами, установленными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

10.8 Тарифы по ОМС не включают расходы:

- на транспортировку пациентов, страдающих хронической почечной

недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи методами гемодиализа и обратно;

– на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу, проведение капитального ремонта и проектно-сметную документацию для его проведения;

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

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

При определении соответствующих направлений расходования финансовых средств МО руководствуются Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации (утверждены приказом Министерства финансов Российской Федерации от 29.11.2017 № 209н «Об утверждении порядка применения классификации операций сектора государственного управления»), общероссийским классификатором продукции по видам экономической деятельности (утвержден приказом Росстандарта от 31.01.2014 № 14-ст), классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 01.01.2002 № 1, общероссийским классификатором основных фондов ОК 013-2014 (СНС 2008) (принят и введен в действие Приказом Росстандарта от 12.12.2014 N 2018-ст).

МО при расходовании средств вправе самостоятельно определять долю расходования средств по видам расходов, включенных в тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом соблюдения принципа эффективного и рационального использования средств ОМС, соблюдения натуральных норм по продуктам питания для пациентов, отсутствия жалоб на лекарственное обеспечение со стороны застрахованных лиц, отсутствия кредиторской задолженности.

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

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

Размер тарифов

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

11.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС на территории Свердловской области, в расчете на одно застрахованное лицо – 5 223,1 рубля;

11.2 Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по видам медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу для прикрепленного населения, с 01.01.2021 – в размере **305** рублей в месяц в расчете на одно застрахованное лицо в Свердловской области, 3 660 рублей на год;

11.3 Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (приложение 10);

11.4 Коэффициенты дифференциации и дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (приложение 11);

11.5 Размер финансового обеспечения по типам фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов (приложение 12).

11.6 Тарифы посещений на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (приложение 15);

11.7 Тарифы обращений на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (приложение 16);

11.8 Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях (приложение 17);

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

11.10 Тарифы на оплату комплексного посещения в рамках диспансеризации и профилактических медицинских осмотров (приложение 19).

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

12.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС на территории Свердловской области, в расчете на одно застрахованное лицо – 6 482,7 рублей.

12.2 Базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи, оплачиваемой по КСГ, с 01.01.2021 – в размере **23 457** рублей.

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

12.4 Поправочные коэффициенты оплаты по КСГ:

- управленческие коэффициенты (приложение 20).
- коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи:

Уровень/подуровень отделения	Коэффициент
1.0	0,98
1.1	0,99
1.2	1,1
1.3	1,2
1.4	1,2
2.0	1
3.0	1,15

В подуровень 1.4 выделяются отделения медицинских организаций, расположенные на территории закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО): г. Лесной, г. Новоуральск, п. Свободный, п. Уральский.

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

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

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

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

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

12.10 Тарифы на оплату случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи (приложение 26).

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

13.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС на территории Свердловской области, в расчете на одно застрахованное лицо – 1 484,3 рубля.

13.2 Базовая ставка финансирования медицинской помощи, оплачиваемой по КСГ в условиях дневного стационара, с 01.01.2021 – в размере **13 285** рублей.

13.3 Перечень КСГ, коэффициенты затратоемкости и средняя стоимость случая лечения, включенного в КСГ, в условиях дневного стационара (приложение 27).

13.4 Поправочные коэффициенты оплаты по КСГ:

- управленческие коэффициенты (приложение 27);
- коэффициент сложности лечения пациента (приложение 28).
- коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи:

Уровень/подуровень отделения	Коэффициент
1.0	0,7
1.1	0,97
1.2	1,0
1.3	1,2
2.0	1,0
2.1	1,2

В подуровень 1.3 и 2.1 выделяются отделения медицинских организаций, расположенные на территории закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО): г. Лесной, г. Новоуральск, п. Свободный, п. Уральский.

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

14.1 Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации Программы ОМС на территории Свердловской области, в расчете на одно застрахованное лицо – 870,7 рублей.

14.2 Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с 01.01.2021 – в размере **70,35** рублей в месяц на одно лицо, застрахованное в Свердловской области, 844,2 рубля на год.

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

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

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

15. Для оплаты услуг диализа устанавливаются

15.1 Базовые тарифы на оплату услуг диализа, руб.:

Код услуги	Базовый тариф (без учета коэффициента дифференциации)	Тариф с коэффициентом дифференциации 1,105	Тариф с коэффициентом дифференциации 1,140
A18.05.002 Гемодиализ	5 976	6 091	6 130
A18.30.001 Перитонеальный диализ	4 676	4 783	4 825

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

IV. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

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

16.1 Основанием для частичной или полной неоплаты медицинской помощи являются результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, осуществляемого в порядке, утвержденном приказом ФОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

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

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

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

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

16.3 Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 Федерального закона 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком организации и проведения контроля.

V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2021 и действует до принятия нового.

Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению Сторон. Изменения и дополнения оформляются дополнительным Соглашением на основании протокола заседания Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

ПРИЛОЖЕНИЯ К ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ

1. Приложение 1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.
2. Приложение 2. Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата амбулаторной медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, и их структурных подразделений, участвующих в создании и тиражировании новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах «бережливого производства»
3. Приложение 3. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.
4. Приложение 4. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара.
5. Приложение 5. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).
6. Приложение 6. Методика определения дифференцированных подушевых

нормативов финансирования медицинских организаций при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

7. Приложение 7. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и критерии их оценки.

8. Приложение 8. Перечень показателей результативности деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи на принципах «бережливого производства» и критерии их оценки.

9. Приложение 9. Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

10. Приложение 10. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

11. Приложение 11. Коэффициенты дифференциации и дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

12. Приложение 12. Размер финансового обеспечения по типам фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов.

13. Приложение 13. Перечень медицинских организаций и их структурных подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, к которым применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся лиц.

14. Приложение 14. Перечень фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов в составе медицинских организаций, для которых устанавливается размер финансового обеспечения в соответствии с численностью обслуживаемого (прикрепленного) населения.

15. Приложение 15. Тарифы посещений на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

16. Приложение 16. Тарифы обращений на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

17. Приложение 17. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях.

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

19. Приложение 19. Тарифы на оплату комплексного посещения в рамках диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

20. Приложение 20. Перечень КСГ, коэффициенты относительной

затратоемкости, управленческие коэффициенты и тарифы на случай лечения по клинико-статистическим группам в условиях стационара.

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

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

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

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

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

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

27. Приложение 27. Перечень КСГ, коэффициенты относительной затратоемкости, управленческие коэффициенты и тарифы на случай лечения по клинико-статистическим группам в условиях дневного стационара.

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

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

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

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

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

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

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

граждан.

Министр здравоохранения
Свердловской области

Карлов А.А.

Заместитель директора Территориального
фонда обязательного медицинского
страхования Свердловской области по экономике

Кузьминых Л.Ю.

Генеральный директор ООО «Страховая
медицинская компания «УГМК-Медицина»

Леонтьев И.Л.

Представитель Некоммерческого Партнерства
«Медицинская Палата Свердловской области»

Огарков И.П.

Председатель Свердловской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации

Угринов С.А.