

**-Тарифное соглашение
по оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского
страхования Вологодской области на 2025 год**

г. Вологда

09.01.2025 г.

Комиссия по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования в составе представителей:

органа исполнительной власти Вологодской области – Ускова Р.П., заместителя министра здравоохранения области,

территориального фонда обязательного медицинского страхования – Порохина Д.Л., директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Вологодской области,

страховой медицинской организации – Костарева А.В., директора Вологодского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»,

профессионального союза медицинских работников – Коричева А.Ю., председателя Вологодской областной организации Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации (по согласованию),

ассоциации медицинских профессиональных некоммерческих организаций – Румянцева С.А., президента Вологодской областной общественной организации «Ассоциация врачей»,

в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», в соответствии с:

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

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

Постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»,

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

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»,

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

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»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.04.2022 № 275н «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»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.05.2019 № 302н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях»,

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»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.06.2015 № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача - акушера-гинеколога»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.2020 № 810н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-гематолога, врача-инфекциониста, врача-онколога, врача-пульмонолога, врача-фтизиатра, врача-хирурга»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»,

Постановлением Правительства Вологодской области от 27.12.2024 № 1662 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»,

Приказом департамента здравоохранения Вологодской области от 18.07.2013 № 884 «О трехуровневой системе оказания специализированной медицинской помощи населению Вологодской области, маршрутизации при оказании медицинской помощи и соблюдении порядков оказания медицинской помощи»,

«Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», доведенными совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19.02.2024 № 31-2/200, № 00-10-26-2-06/2778,

«Письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.01.2024 № 31-2/И/2-1602 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024-2026 годы»,

заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

Раздел 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 Вологодской 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;

ФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;

ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Вологодской области;

МЗ ВО – Министерство здравоохранения Вологодской области;

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

СМО – страховая медицинская организация;

МО – медицинская организация;

ФЗ/ФАП – фельдшерский здравпункт/фельдшерско-акушерский пункт;

ЦАОП – центр амбулаторной онкологической помощи;

МРТ – магнитно-резонансная томография;

КТ – компьютерная томография;

ПЭТ/КТ – позитронная эмиссионная томография/позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией;

ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ – однофотонная эмиссионная компьютерная томография/однофотонная эмиссионная компьютерная томография, совмещенная с компьютерной томографией;

ОКТ – оптическая когерентная томография;

КСГ – клинико-статистическая группа;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь;

СМП – скорая медицинская помощь;

УЕТ – условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи;

ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение;

Группировщик – приложение 6 (для круглосуточного стационара) и приложение 7 (для дневного стационара) «Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»;

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

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

Программа – Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

ТП ОМС – Территориальная программа обязательного медицинского страхования, утверждаемая в составе Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Вологодской области.

3. Общие положения о предоставлении и оплате медицинской помощи

3.1. Источником финансового обеспечения тарифов на медицинскую помощь являются средства, определенные Законом Вологодской области «О бюджете государственного внебюджетного Территориального фонда обязательного медицинского страхования Вологодской области на 2025 год и плановый период 2026 и 2027 годов» на оплату медицинской помощи по ТП ОМС.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС рассматриваются Комиссией, устанавливаются настоящим Тарифным соглашением и являются его неотъемлемой частью.

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

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

3.5. Стоимость законченного/прерванного случая госпитализации (лечения) является расчетной с округлением до двух знаков и определяется в соответствии с размером установленных базовых ставок и коэффициентов.

3.6. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются с учетом коэффициентов дифференциации.

Значение коэффициентов дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, рассчитанных 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», составляют:

1,124 – в целом для Вологодской области

1,105 – для оплаты медицинской помощи, оказываемой МО (отделениями МО), расположенными на территории Вологодской области, кроме расположенных в границах города Череповца

1,175 – для оплаты медицинской помощи, оказываемой МО (отделениями МО), расположенных в границах города Череповца.

3.7. 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.).

3.8. Оплата специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП, 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.

3.9. Оплата отдельных диагностических (лабораторных) исследований – КТ, МРТ, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических

исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ 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 ВО.

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

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

3.12. 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.

3.13. Случаи проведения диспансерного наблюдения по поводу болезней системы кровообращения, сахарного диабета, онкологических заболеваний предъявляются на оплату по тарифу комплексного посещения при условии приема соответствующего врача-специалиста (кардиолога, терапевта, онколога) и выполнения всех исследований, предусмотренных приказами Министерства здравоохранения РФ от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» и клиническими рекомендациями, с обязательным отражением в реестрах счетов всех исследований и приема врача-специалиста.

3.14. Случаи проведения второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, а также углубленной диспансеризации предъявляются на оплату как комплексное посещение, стоимость которого формируется из стоимости фактически проведенных пациенту исследований и обследований.

3.15. Случаи проведения диспансеризации оценки репродуктивного здоровья предъявляются на оплату как комплексное посещение, стоимость

которого формируется из стоимости приема врача-специалиста и необходимых исследований и иных медицинских вмешательств.

Раздел II. Способы оплаты медицинской помощи

4. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые при реализации ТПОМС

Способы оплаты медицинской помощи установлены «Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2024 года № 1940.

В рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию:

- При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение КТ, МРТ, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

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

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

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;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований – КТ, МРТ, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета;

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья и (или) обучающихся в образовательных организациях;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

• При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (далее – госпитализация), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ, группу ВМП), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний);

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию,

преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 7 Программы, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, а также за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний.

• При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ, группу ВМП), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по КСГ, группе ВМП);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением № 7 к Программе, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по КСГ заболеваний, группе ВМП).

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

- по подушевому нормативу финансирования;

- за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных МО, не имеющих прикрепившихся лиц).

Перечень МО, включенных в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Вологодской

области, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты, на 2025 год (Приложение 1).

Раздел III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

5. Структура тарифов на оплату медицинской помощи

Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, 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 четырехсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации, не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

После завершения участия медицинской организации в реализации программ обязательного медицинского страхования на соответствующий год и исполнения медицинской организацией всех обязательств по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и договору на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, а также при отсутствии у медицинской организации просроченной кредиторской задолженности, кредиторской задолженности по оплате труда, начислениям на выплаты по оплате труда допускается использование медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования, полученных за оказанную медицинскую помощь, по направлениям расходования и в размере, которые определяются учредителем медицинской организации, с последующим уведомлением органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.

Направления расходования указанных средств устанавливаются территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Указанные средства запрещается направлять на осуществление капитальных вложений в строительство, реконструкцию и капитальный ремонт, приобретение недвижимого имущества, транспортных средств, ценных бумаг, долей (вкладов) в уставный (складочный) капитал организаций, паев, уплату процентов и погашение основной суммы долга по кредитам (займам), а также на уплату иных платежей, предусмотренных договорами кредита (займа) (за исключением случаев образования кредитной задолженности в целях приобретения оборудования в соответствии со стандартами оснащения медицинских организаций (их структурных подразделений), предусмотренными положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, для оказания медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования).

Оплата организации питания в условиях дневного стационара не осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

6. Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях

6.1. Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования:

- обеспечение первичной доврачебной, врачебной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, организованной по территориально-участковому принципу, оказываемой в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи (посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием);

- расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикреплённого населения;

- расходы на проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования.

6.2. Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования:

- медицинская помощь, оказываемая ФЗ/ФАП;

--- медицинская помощь, оплачиваемая за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), в том числе:

- 1) медицинская помощь по профилю «Стоматология»;
- 2) медицинская помощь по профилю «Медицинская реабилитация»;
- 3) медицинская помощь по профилю «Акушерство и гинекология»;
- 4) медицинская помощь по профилю «Онкология», в том числе оказываемая ЦАОПами;
- 5) медицинская помощь, оказываемая в Центрах здоровья;
- 6) медицинская помощь, оказываемая в рамках централизованных городских приемов по профилям «Нейрохирургия», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Сурдология-оториноларингология», «Травматология и ортопедия (остеопороз)», «Педиатрия» (для детей раннего возраста), «Торакальная хирургия»;
- 7) медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме;
- 8) медицинская помощь, оказываемая МО (структурными подразделениями МО), не имеющими прикрепленного населения, в том числе на основе выездных форм работы при установлении диагноза по заболеванию (основной диагноз, не относящийся к группе заболеваний Z00-Z99);
- 9) медицинская помощь при оказании услуг диализа;
- 10) профилактические медицинские осмотры и диспансеризация, в том числе:
 - профилактические медицинские осмотры взрослого населения;
 - профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних;
 - диспансеризация определенных групп взрослого населения;
 - углубленная диспансеризация;
 - диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;
 - диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;
 - диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
 - диспансеризация детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;
- 11) диспансерное наблюдение, в том числе:
 - диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;
 - диспансерное наблюдение работающих граждан;
 - диспансерное наблюдение обучающихся в образовательных организациях (старше 18 лет);

- диспансерное наблюдение детей; проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

12) отдельные диагностические (лабораторные) исследования: КТ, МРТ, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе сахарным диабетом, (объемы диагностических (лабораторных) услуг не подлежат учету в объеме обращений и входят в общий объем финансирования амбулаторно-поликлинической помощи)

13) дополнительные диагностические исследования:

- скрининговое УЗИ экспертного класса;
- ОКТ;
- кольпоскопия с биопсией;
- биопсия молочной железы чрескожная (трепан-биопсия, в т.ч. под контролем УЗИ);
- биопсия щитовидной или паращитовидной железы под контролем УЗИ;
- рентгеноденситометрия;
- эндоскопическая резекция слизистой толстой кишки без наркоза;
- эндоскопическая резекция слизистой толстой кишки с внутривенной анальгезией;

(объемы дополнительных диагностических исследований не подлежат учету в объеме обращений и входят в общий объем финансирования амбулаторно-поликлинической помощи)

14) медицинская помощь с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, оказанная медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения.

6.3. Финансовое обеспечение по амбулаторно-поликлинической помощи для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, рассчитывается на год путем умножения подушевого норматива финансирования на численность приписного населения.

6.4. Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение, включающее медицинские услуги (осмотры, исследования) в объеме, установленном Приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации), проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Условия, при которых случай профилактического медицинского осмотра/диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин,

диспансерного наблюдения считается завершенным, устанавливаются Приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, регламентирующими Порядок проведения для отдельных категорий граждан профилактического осмотра/диспансеризации, в том числе углубленной и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, диспансерного наблюдения.

Законченным случаем (комплексным посещением) профилактического медицинского осмотра/диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин (с учетом этапов проведения), диспансерного наблюдения является случай после завершения комплекса осмотров и обследований, включенных в объем исследований для соответствующей группы граждан.

Для взрослого населения 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 обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм (интерпретация маммограмм проводится двумя врачами-рентгенологами);
- 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 с окрашиванием по Папаниколау женщинам в возрасте от 18 до 64 лет включительно, при этом женщинам в возрасте от 18 до 54 лет включительно цитологическое исследование проводится только методом жидкостной цитологии;
- 7) определение простат-специфического антигена в крови.

В рамках проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения (при проведении маммографии, рентгенографии или флюорографии грудной клетки, компьютерной томографии органов грудной клетки) для поддержки принятия врачебных решений могут использоваться медицинские изделия с применением искусственного интеллекта.

В целях выявления у граждан признаков заболеваний или состояний, которые могут негативно повлиять на беременность и последующее течение беременности, родов и послеродового периода репродуктивного, а также факторов риска их развития, для женщин и мужчин репродуктивного возраста

постепенно в зависимости от возрастных групп организуется проведение диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья.

Перечень исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья

Первый этап диспансеризации включает:

а) у женщин прием (осмотр) врачом акушером-гинекологом;

пальпация молочных желез;

осмотр шейки матки в зеркалах с забором материала на исследование;

микроскопическое исследование влагалищных мазков;

жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (за исключением случаев невозможности проведения исследования по медицинским показаниям в связи с экстирпацией матки, virgo) с окрашиванием по Папаниколау (другие способы окраски не допускаются);

у женщин в возрасте 18 - 29 лет проведение лабораторных исследований мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции;

б) у мужчин прием (осмотр) врачом-урологом (при его отсутствии – врачом-хирургом, прошедшим подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин).

Второй этап диспансеризации проводится по результатам первого этапа в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и при наличии показаний включает:

а) у женщин:

в возрасте 30 - 49 лет проведение лабораторных исследований мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции;

ультразвуковое исследование органов малого таза в начале или середине менструального цикла;

ультразвуковое исследование молочных желез;

повторный прием (осмотр) врачом акушером-гинекологом;

б) у мужчин:

спермограмму;

микроскопическое исследование микрофлоры или проведение лабораторных исследований в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции;

ультразвуковое исследование предстательной железы и органов мошонки;

повторный прием (осмотр) врачом-урологом (при его отсутствии – врачом-хирургом, прошедшим подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин).

При невозможности проведения всех исследований в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, для проведения указанных

исследований медицинским работником медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, осуществляется забор материала для исследования и его направление в установленном порядке в иную медицинскую организацию, в том числе федеральную медицинскую организацию.

В случае отсутствия в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, врача акушера-гинеколога, врача-уролога (врача-хирурга, прошедшего подготовку по вопросам репродуктивного здоровья) данная медицинская организация привлекает к проведению диспансеризации соответствующих врачей иных медицинских организаций (в том числе на основе выездных форм их работы) с обязательным информированием гражданина о дате и времени работы этих врачей не менее чем за 3 рабочих дня до назначения даты приема (осмотра).

В дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации отдельные категории граждан проходят исследования и иные медицинские вмешательства в соответствии с перечнями исследований и иных медицинских вмешательств, установленными программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год и плановый период.

Углубленная диспансеризация не может быть проведена по инициативе гражданина, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Перечень исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации

Первый этап углубленной диспансеризации проводится в целях выявления у граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, признаков развития хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации и включает:

- а) измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое;
- б) тест с 6-минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода крови 95 процентов и больше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность);
- в) проведение спирометрии или спирографии;
- г) общий (клинический) анализ крови развернутый;
- д) биохимический анализ крови (включая исследования уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови);
- е) определение концентрации Д-димера в крови у граждан, перенесших среднюю степень тяжести и выше новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

ж) проведение рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года);

з) прием (осмотр) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики).

Прием (осмотр) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики) и проведение рентгенографии органов грудной клетки в рамках первого этапа углубленной диспансеризации не тарифицируются и учитываются в реестрах без оплаты, так как их финансовое обеспечение учтено в рамках подушевого норматива финансирования.

Второй этап диспансеризации проводится в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и включает:

а) проведение эхокардиографии (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);

б) проведение компьютерной томографии легких (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);

в) дуплексное сканирование вен нижних конечностей (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови).

6.5. Профилактический осмотр несовершеннолетних является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включенных в перечень исследований, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних». В случае отказа несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) от проведения одного или нескольких медицинских вмешательств, профилактический осмотр считается завершенным в объеме проведенных осмотров врачами-специалистами и выполненных исследований.

6.6. Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, пребывающих в стационарных учреждениях, является завершенной в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований, предусмотренных перечнем исследований, утвержденными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» и от 21.04.2022 № 275н «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».

6.7. Посещения врача-психиатра детского в рамках диспансеризации

сирот и профилактического осмотра несовершеннолетних не тарифицируются и учитываются в реестрах без оплаты за счет средств ОМС.

6.8. Оплата проведения МРТ, КТ, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала осуществляется:

в рамках диспансерного наблюдения и второго этапа углубленной диспансеризации – отдельно за фактически оказанные медицинские услуги;

в рамках второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения – включается в стоимость законченного случая второго этапа диспансеризации (комплексного посещения).

При проведении исследования пациента с использованием контрастного вещества, случай компьютерной томографии (магнитно-резонансной томографии) подлежит выставлению к оплате как услуга, проведенная с контрастированием, включающая нативное исследование, при этом размер тарифа дифференцируется по числу снимков анатомических областей, выполненных одному пациенту в один день в одной медицинской организации.

6.9. Обязательное условие отнесения посещения к посещению, оказанному в неотложной форме, является оказание неотложной медицинской помощи с применением на бесплатной основе (за счет средств медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь) лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий и перевязочного материала и (или) диагностических исследований с использованием медицинского оборудования, применяемых при оказании неотложной медицинской помощи в амбулаторных условиях.

6.10. Оплата медицинской помощи, оказываемой диабетологическими центрами, осуществляется:

- 1) лицам с диагнозом сахарный диабет 1-го и 2-го типа (диагнозы МКБ-10 – «E10 – E14, O24») при осмотре врачом-эндокринологом (посещения с профилактической и иной целью, обращения в связи с заболеванием); по показаниям (по направлению врача-эндокринолога) при осмотре врачом-неврологом, врачом-офтальмологом, врачом-кардиологом (посещения с профилактической и иной целью);
- 2) лицам с осложнениями сахарного диабета (диагнозы МКБ-10 – «H36.0 «диабетическая ретинопатия», H28.0 «диабетическая катаракта») при осмотре врачом-офтальмологом (посещения с иной целью, обращения в связи с заболеванием); (диагнозы МКБ-10 – «G59.0 «диабетическая мононевропатия», G63.2 «диабетическая полиневропатия») при осмотре врачом-неврологом (посещения с иной целью, обращения в связи с заболеванием).

6.11. Оплата медицинской помощи в рамках школ сахарного диабета осуществляется за единицу объема – посещение, которое в реестре счета формируется в законченный случай и включает в себя 1 занятие 1 пациента в группе пациентов (среднее количество пациентов в группе 10 человек).

~~6.12. Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой~~

амбулаторных условиях.

6.12.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТПОМС – 9 099,9 руб.

6.12.2 Размер базового подушевого норматива финансирования амбулаторно-поликлинической помощи на прикрепившихся лиц – 1575,72 руб. (год), 131,31 руб. (месяц).

6.12.3 Дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторно-поликлинической помощи для МО, имеющих прикрепленное население, в том числе значения коэффициентов, применяемых для их расчета (Приложение 2).

6.12.4 Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), применяемые, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной МО Вологодской области лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, (Приложение 3).

6.12.5 Тарифы на оплату услуг диализа (Приложение 4).

6.13. Применение показателей результативности деятельности МО.

Перечень показателей результативности деятельности МО, имеющих прикрепившихся лиц, и критерии их оценки (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат МО за достижение указанных показателей, в том числе размер выплат за достижение показателей результативности деятельности МО (Приложение 5).

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой МО и ранжирование МО проводится Комиссией по разработке территориальной программы ОМС не реже одного раза в квартал.

Осуществление выплат по результатам оценки достижения МО, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности производится по итогам года.

Выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года - ноябрь текущего года (включительно) и включаются в счет за декабрь по амбулаторно-поликлинической помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

Объем средств, направляемый на выплаты МО за достижение показателей результативности деятельности составляет 1 541 383,86 руб., (доля – 0,06%).

6.14. Расходы на финансовое обеспечение ФЗ/ФАП не учитываются в составе подушевого норматива финансирования для прикрепленного населения и определяются в соответствии с размером финансового обеспечения, установленным Программой для ФЗ/ФАП, при условии их соответствия требованиям Положения об организации оказания первичной медико-

санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Перечень ФЗ/ФАП, входящих в структуру МО, и размер финансового обеспечения (Приложение 6).

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

6.15. Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях по тарифам с учетом УЕТ основана на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение.

За одну УЕТ принимаются 10 минут. При этом для учета случаев лечения обязательно используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением.

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях (Приложение 7).

Планирование финансового обеспечения по стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется по посещениям с профилактической и иной целью и обращениям в связи с заболеваниями с учетом фактически сложившейся средней кратности УЕТ в посещении и обращении по медицинским организациям в 2024 году.

7. Медицинская помощь, оказанная в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

7.1. Медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях.

7.1.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС – 10 033,3 руб.

7.1.2. Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (СС_{КСГ}) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КД * \times КСЛП,$$

где:

БС базовая ставка, рублей;

КЗ_{КСГ} коэффициент относительной затратноности 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 5 мая 2012 г. № 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».

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 (далее – ЗАТО);

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых КСЛП)

<*> - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

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

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КД) + БС \times КД \times КСЛП,$$

где:

БС размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;

КЗ_{КСГ} коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

Дзп доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением № 4 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС);

- 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 5 мая 2012 г. № 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». 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 (далее - ЗАТО).
- КСЛП** коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых КСЛП)
 <*> - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

Коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» не устанавливаются (значение равно единице).

7.1.3. Перечень клинико-статистических групп заболеваний (далее – КСГ), с указанием коэффициентов относительной затратно-емкости КСГ для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (Приложение 8).

7.1.4. Размер базовой ставки по медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях:

- 32 120,12 руб. (без коэффициента дифференциации);

- 36 103,01 руб. (с коэффициентом дифференциации 1,124);

- 35 492,73 руб. (с коэффициентом дифференциации 1,105);

- 37 741,14 руб. (с коэффициентом дифференциации 1,175).

7.1.5. Коэффициенты уровня (подуровня) оказания стационарной медицинской помощи (Приложение 9);

7.1.6. Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи в стационарных условиях (Приложение 8).

7.1.7. Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ по отдельным группам заболеваний, состояний в стационарных условиях (Приложение 8).

7.1.8. Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации (Приложение 8).

7.1.9. Перечень КСГ, к которым не применяются коэффициенты специфики (Приложение 8).

7.1.10. Тарифы по стационарной медицинской помощи на случай госпитализации по КСГ, в том числе применяемые для оплаты прерванных случаев лечения (Приложение 10).

7.1.11. Тарифы на оплату услуг диализа (Приложение 4).

7.1.12. Тарифы на оплату оказания ВМП (Приложение 11).

7.2 Медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара.

7.2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТПОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТПОМС – 2 274,7 руб.

7.2.2. Стоимость одного случая госпитализации в дневном стационаре (СС_{КСГ}) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КД \times КСЛП,$$

где:

БС базовая ставка, рублей;

КЗ_{КСГ} коэффициент относительной затроемкости 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 5 мая 2012 г. № 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».

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 (далее - ЗАТО);

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых КСЛП)
<*> - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

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

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КД) + БС \times КД \times КСЛП,$$

где:

БС размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;

КЗ_{КСГ} коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

Дзп доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением № 4 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС);

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 5 мая 2012 г. № 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»;

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых КСЛП)

<*> - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

Коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» не устанавливаются (значение равно единице).

7.2.3. Перечень КСГ, с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара (Приложение 12).

7.2.4. Размер базовой ставки по медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара:

- 17 622,00 руб. (без коэффициента дифференциации);
- 19 807,13 руб. (с коэффициентом дифференциации 1,124);
- 19 472,31 руб. (с коэффициентом дифференциации 1,105);
- 20 705,85 руб. (с коэффициентом дифференциации 1,175).

7.2.5. Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара не применяются (значение равно единице).

7.2.6. Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара (Приложение 12).

7.2.7. Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ по отдельным группам заболеваний, состояний в условиях дневного стационара (Приложение 12).

7.2.8. Тарифы по медицинской помощи в условиях дневного стационара на

случай лечения по КСГ, в том числе применяемые для оплаты прерванных случаев лечения (Приложение 13).

7.3 Особенности применения КСЛП.

Перечень случаев, для которых применяется КСЛП (Приложение 14).

Для случаев, не указанных в таблице 1 приложения 14, значение коэффициента сложности лечения пациента при расчете стоимости случая госпитализации (лечения) принимается равным нулю.

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

При расчете КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» в составе случая лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара коэффициент дифференциации не применяется (равно единице).

7.4 Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся:

- 1) случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
- 2) случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения МО в другое;
- 3) случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
- 4) случаи перевода пациента в другую МО;
- 5) случаи прерывания лечения при преждевременной выписке пациента из МО, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
- 6) случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);
- 7) случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
- 8) законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1-7 пункта 7.4 тарифного соглашения) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно.

Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно (Приложение 8,12).

- 9) случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006,

st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020 – ds12.027, с длительностью лечения менее количества дней, определенных Группировщиком.

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

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2–9 пункта 7.6 тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2–4 пункта 7.4 тарифного соглашения.

Законченный случай оказания медицинской помощи по КСГ, перечисленным в приложении 8, 12, не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

При выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии случай оплачивается в размере:

- 80 % от стоимости КСГ при длительности лечения 3 дня и менее;
- 100 % от стоимости КСГ при длительности лечения более 3-х дней.

При невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии случай оплачивается в размере:

- 50 % от стоимости КСГ при длительности лечения 3 дня и менее;
- 80 % от стоимости КСГ при длительности лечения более 3-х дней.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию (Приложение 8, 12).

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 7 и 9 пункта 7.4 тарифного соглашения,

оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Оплата прерванных случаев при оказании медицинской помощи производится по тарифам соответствующей КСГ с учетом коэффициентов сложности лечения пациента.

7.5 Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше.

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовую дозу 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 Группировщиках, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям 1-6 пункта 7.4 тарифного соглашения.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 7.4 тарифного соглашения) в следующих случаях:

1) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике;

2) при снижении 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).

7.6 Оплата случая лечения по двум и более КСГ.

Оплата по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1) при переводе пациента из одного отделения МО 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 МО в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 7.4 тарифного соглашения основаниям;

2) проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же МО по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

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

4) этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (*например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2)*);

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

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

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;

- О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

- О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

- О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

- О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

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

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

9) проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

Выставление случая только по КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)», без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.

7.7 Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту.

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов ВМП (приложение № 1 к Программе), либо после оказания ВМП определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках ВМП по тарифу на оплату соответствующей группы ВМП. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения, как для специализированной, так и для ВМП, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

Медицинская помощь в неотложной и экстренной формах, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, при оказании детям специализированной либо ВМП, и оплачивается МО педиатрического

профиля, имеющим необходимые лицензии, в соответствии с установленными способами оплаты.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии наименования вида ВМП, кодов МКБ–10, модели пациента, вида и метода лечения аналогичным параметрам, установленным перечнем видов ВМП (Приложение № 1 к Программе), содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения ВМП. В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню ВМП, 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.

7.8 Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ №№ st37.001-st37.013, st37.021-st37.026 в стационарных условиях и для КСГ №№ ds37.001-ds37.008, ds37.015-ds37.016 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ).

При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в Вологодской области.

При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

Оплата первого этапа медицинской реабилитации осуществляется с использованием коэффициента сложности лечения пациентов.

КСЛП «Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов» применяется один раз к случаю лечения, в том числе в случае, если оплата случая лечения осуществляется по двум КСГ.

7.9 Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа в условиях круглосуточного стационара.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, в условиях круглосуточного стационара оплата осуществляется за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания ВМП.

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

7.10 Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология».

В стационарных условиях в стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в МО, где произошли роды.

Пребывание здорового новорожденного в МО в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю «Неонатология».

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, в модели КСГ дневного стационара предусмотрены КСГ ds02.008–ds02.011.

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

7.11 Оплата случаев лечения по профилю «Онкология».

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии учтены, в том числе нагрузочные дозы 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, количества 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.

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.

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 с проведением

лучевой терапии.

В целях повышения эффективности использования средств обязательного медицинского страхования на оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями при назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, указанных в «Перечне лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой лекарственной терапии при назначении которых необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических и (или) иммуногистохимических исследований», для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований и (или) иммуногистохимических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии).

Перечень лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой лекарственной терапии при назначении которых необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических и (или) иммуногистохимических исследований

N	Наименование МНН	Код МКБ-10	Код маркера	Результат исследования
1	Абемациклиб	C50	HER2	Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2
2	Алектиниб	C34	ALK/ROS1	Наличие транслокации в генах ALK или ROS 1
3	Вемурафениб	C43	BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF
4	Гефитиниб	C34	EGFR	Наличие мутаций в гене EGFR
5	Дабрафениб	C34, C43	BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF
6	Кобиметиниб	C43	BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF
7	Кризотиниб	C34	ALK/ROS1	Наличие транслокации в генах ALK или ROS 1
8	Лапатиниб	C50, C18, C19, C20	HER2	Гиперэкспрессия белка HER2
9	Олапариб	C25, C50, C48.0, C48.1,	BRCA	Наличие мутаций в генах BRCA

		C48.2, C56, C57, C61		
10	Осимертиниб	C34	EGFR	Наличие мутаций в гене EGFR
11	Палбоциклиб	C50	HER2	Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2
12	Панитумумаб	C18, C19	RAS	Отсутствие мутаций в гене RAS
13	Пертузумаб	C18, C19, C50	HER2	Гиперэкспрессия белка HER2
14	Рибоциклиб	C50	HER2	Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2
15	Талазопариб	C50	BRCA	Наличие мутаций в генах BRCA
16	Талазопариб	C50	HER2	Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2
17	Траметиниб	C34, C43	BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF
18	Трастузумаб	C07, C08, C15, C16, C18, C19, C50, C54	HER2	Гиперэкспрессия белка HER2
19	Трастузумаб эмтанзин	C50	HER2	Гиперэкспрессия белка HER2
20	Церитиниб	C34	ALK/ROS1	Наличие транслокации в генах ALK или ROS1

7.12 Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19.

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

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

Правила оплаты госпитализаций в случае перевода пациента на долечивание:

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

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

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

в амбулаторных условиях осуществляется в общем порядке; определенным тарифным соглашением.

7.13. В случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) производится в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

8. Скорая медицинская помощь, оказанная вне медицинской организации

8.1. Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования:

- скорая, в том числе специализированная, медицинская помощь, оказываемая гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации.

8.2. Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования:

- скорая медицинская помощь, в том числе специализированная, оплачиваемая за вызов в случае проведения тромболитической терапии (тромболизаиса).

8.3. Размер тарифов на оплату скорой медицинской помощи.

8.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС – 1 369,5 руб.

8.3.2. Размер базового подушевого норматива финансирования, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, (без учета коэффициента дифференциации) – 1097,40 руб. (год), 91,45 руб. (месяц).

8.3.3. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, в том числе коэффициенты, применяемые для их расчета (Приложение 15).

8.3.4. Тарифы на оплату единиц объема скорой медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи), применяемые, в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Вологодской области лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, (Приложение 16).

8.4 Медицинские организации, оказывающие скорую медицинскую помощь, ведут учет средств, предоставляемых на оплату скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, а также учет расходов, включая расходы на оплату труда работников, оказывающих скорую медицинскую помощь. Направление средств, выделенных медицинской организации на оплату скорой медицинской помощи, на оплату расходов в целях оказания иных видов медицинской помощи не допускается.

9. Порядок оплаты медицинской помощи и медицинских услуг при взаиморасчетах

9.1. При отсутствии в МО возможности проведения лабораторных и диагностических исследований, медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами, а также проведения патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, межучрежденческие расчеты между медицинскими организациями в системе ОМС могут осуществляться с использованием двух моделей организации оплаты:

- в рамках договоров между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования;

- через СМО по единым установленным тарифам (Приложения 3, 17).

9.2. При оказании МО амбулаторно-поликлинической помощи населению, прикрепленному к другой МО, межучрежденческие расчеты через СМО осуществляются за исключением:

1) медицинской помощи, оказываемой консультативными поликлиниками областных медицинских организаций, подразделением БУЗ ВО «Вологодская областная детская клиническая больница», не имеющим прикрепленного населения, и БУЗ ВО «Вологодская городская больница № 1» (кроме случаев, упомянутых в пп. 2) и 3) данного пункта);

2) медицинской помощи, оказываемой в выездной форме консультативными поликлиниками областных медицинских организаций в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров по случаям с установленным основным диагнозом, не относящимся к группе заболеваний Z00-Z99;

3) медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, проведенных медицинскими организациями (подразделениями медицинских организаций), не имеющими прикрепленного населения;

- 4) медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по направлению ФКУЗ «МСЧ МВД России по Вологодской области»;
- 5) стоматологической медицинской помощи;
- 6) медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа;
- 7) медицинской помощи, оказываемой диабетологическими центрами, указанной в пункте 6.10 настоящего тарифного соглашения;
- 8) медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме.

9.3. МО, оказавшей медицинскую помощь, составляется реестр счетов по установленным тарифам на оплату медицинской помощи с указанием информации о МО, выдавшей направление.

СМО осуществляют оплату медицинской помощи, оказанной МО, на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи при наличии согласования суммы реестров между МО, оказавшей медицинскую помощь, и МО, выдавшей направление, подтвержденное подписями руководителей (уполномоченных лиц) МО на документе согласования

При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для МО, выдавшей направление, уменьшается на объем средств, перечисленных МО за оказание медицинской помощи по направлениям, выданным данной МО, согласованный между МО и подтвержденный подписями руководителей на документе согласования (за исключением случаев, для которых документ согласования не требуется).

9.4. При осуществлении расчетов между МО, имеющими приписное население, за медицинскую помощь, оказанную неприписному населению в амбулаторных условиях, документ согласования не требуется в следующих случаях:

- при оказании медицинской услуги «Жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки» медицинской организации, осуществляющей диспансеризацию первого этапа определенных групп взрослого населения и диспансеризацию взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, и выдавшей направление на проведение данного исследования;

- при оказании медицинской услуги с применением телемедицинских технологий (за исключением проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения).

Оплата медицинской помощи по случаям оказания «Жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки», а также с применением телемедицинских технологий (за исключением проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения) осуществляется СМО на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи согласно коду медицинской организации, указанной в электронном реестре счетов как «выдавшая направление».

9.5. При осуществлении расчетов между МО, имеющими приписное население, документ согласования не требуется при оказании медицинской

помощи, оказанной в амбулаторных условиях неприписному населению (посещения с профилактической и иной целью, обращения по заболеванию к специалистам) ФКУЗ «МСЧ МВД России по Вологодской области».

Оплата медицинской помощи по таким случаям осуществляется СМО на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи при наличии информации по прикреплению застрахованного лица на 01 число отчетного месяца.

При этом при осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для МО, к которой застрахованное лицо числится прикрепленным на 01 число отчетного месяца, уменьшается на объем средств, перечисленных МО, оказавшей данному застрахованному лицу указанную помощь.

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

1. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Приложение 18).

2. Размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи:

1 399,30 руб. – скорая медицинская помощь;

785,80 руб. – профилактические медицинские осмотры;

1 556,50 руб. – диспансеризация;

79,0 руб. – углубленная диспансеризация;

1 687,40 руб. – посещения с иными целями;

597,0 руб. – посещения в неотложной форме;

2 830,70 руб. – обращения в связи с заболеваниями;

223,10 руб. – компьютерная томография;

116,30 руб. – магнитно-резонансная томография;

95,50 руб. – ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы;

50,60 руб. – эндоскопическое диагностическое исследование;

15,60 руб. – молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний;

80,30 руб. – патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

19,80 руб. – ОФЭКТ/КТ;

782,90 руб. – диспансерное наблюдение;

- 10 207,50 руб. – медицинская помощь в условиях стационара;
2 291,90 руб. – медицинская помощь в условиях дневного стационара.


Раздел V. Заключительные положения

1. «Тарифное соглашение по оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Вологодской области на 2025 год» устанавливается на период с 1 января 2025 года по 31 декабря 2025 года и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

2. Внесение изменений в «Тарифное соглашение по оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Вологодской области на 2025 год» осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

Согласовано:


Заместитель министра здравоохранения
Вологодской области, председатель Комиссии


_____ Р.П. Усков

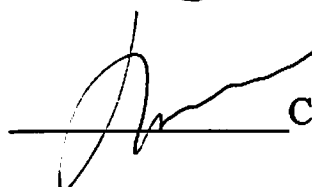
Директор Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Вологодской области, секретарь Комиссии


_____ Д.Л. Порохин


Директор Вологодского филиала
АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»


_____ А.В. Костарев

Главный врач БУЗ ВО «Вологодский областной
кожно-венерологический диспансер», президент
Вологодской областной общественной
организации «Ассоциация врачей»


_____ С.А. Румянцев

Председатель Вологодской областной
организации Профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации


_____ А.Ю. Коричев